INTER-MEMO ECN

Fiches de synthèse illustrées

ORL - STOMATO

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE



COLLECTIF

VG

INTERNAT–MEMOIRE

Fiches de synthèse illustrées

ORL. STOMATOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CONFORME AU PROGRAMME DE l'ECN 2004

COLLECTIF

Editions VERNAZOBRES - GREGO
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61
ISBN 2-84136-678-2

TABLE DES MATIERES

- **Penser avant tout à l'examen général :** le patient saigne, il faut évaluer son état hémodynamique ; recherche de signe de choc et d'anémie, prise de pouls et TA.
- Evaluer la quantité du saignement (bien que souvent surestimée lors de l'interrogatoire).
- Examen direct des fosses nasales (provenance du saignement) à la rhinoscopie et examen de l'oropharynx à l'abaisse-langue (écoulement postérieur).

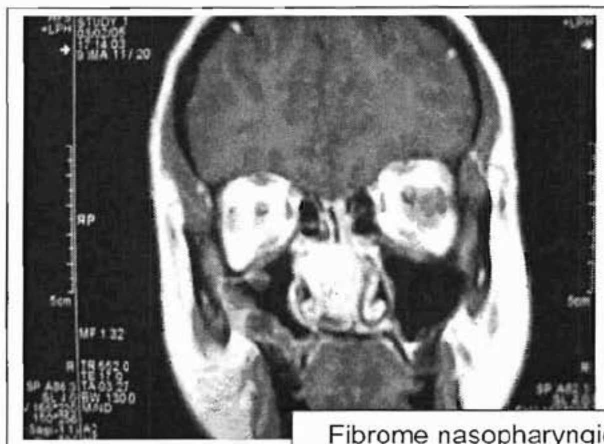
- Souvent pas d'examen complémentaire, notamment chez le sujet jeune en cas d'épisode isolé.
- **En cas d'épistaxis abondant, récidivant : exploration de l'hémostase, groupage ABO et hémogramme.**
- **Exploration étiologique :** scanner ou IRM.

- Si l'examen clinique met en évidence une lésion tumorale, il peut être nécessaire de réaliser une biopsie.
- **ATTENTION !** En cas de fibrome nasopharyngé, la biopsie est formellement **contre-indiquée** (risque d'hémorragie cataclysmique).

FIBROME NASOPHARYNGE

- Lésion bénigne (angiofibrome) responsable d'épistaxis récidivants chez l'adolescent.
- Petite tumeur hypervascularisée présente au niveau des choanes.
- **Biopsie formellement contre-indiquée (risque hémorragique majeur).**
- Exérèse chirurgicale quelques jours après **embolisation supra-sélective sous artériographie.**

- Iconographie à gauche.



Fibrome nasopharyngien

TRAITEMENT

Traitement symptomatique immédiat :

- Remplissage vasculaire voire transfusion en cas de spoliation sanguine importante avec retentissement clinique notable.
- Oxygénothérapie en cas de désaturation.

Traitement local :

- Lavage et désobstruction au sérum physiologique.
- Extraction des caillots par **mouchage doux** (hémostase locale).
- Puis **compression bidigitale** pendant 10 min.
- Si échec, compression par tamponnement antérieur en mettant en place un **méchage** antérieur bilatéral (vérifier l'absence d'écoulement postérieur).
- Rarement, si toujours insuffisant, mise en place d'une sonde à double ballonnet ou tamponnement postérieur mis en place sous anesthésie générale, car douloureux.
- Méchage laissé en place 48 h sous couverture antibiotique (amoxicilline).

- Rarement, traitement local invasif si persistance grave : embolisation ou ligature chirurgicale.

Traitement étiologique :

- Arrêt d'un médicament responsable, correction d'un trouble de l'hémostase.
- Contrôle de la TA.
- Traitement spécifique de la cause.

MALADIE DE RENDU-OSLER

- Maladie à transmission autosomique dominante (angiomatose familiale héréditaire).
- Télangiectasies cutanéo-muqueuses disséminées (labiales, linguales et aux extrémités).
- Manifestations viscérales potentiellement sévères : ORL, pulmonaires, digestives et neurologiques.



ANGINES

DEFINITIONS

Amygdales :

- Formations lymphoïdes de l'oropharynx jouant un rôle dans la défense contre les infections.
- Amygdales palatines (ou tonsilles palatines) qui sont les plus volumineuses, et formations accessoires (amygdales linguales, vélo-palatines, tubaires).

Angine (ou amygdalite aiguë) :

- Inflammation des amygdales principalement d'origine infectieuse.

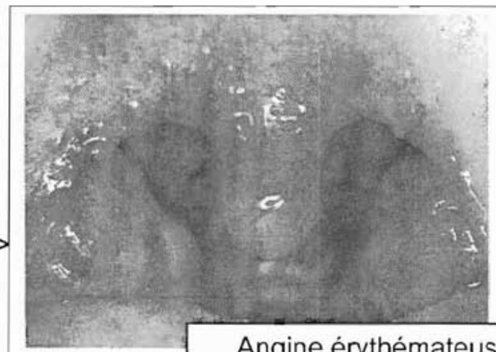
EXAMEN CLINIQUE

Symptomatologie :

- Altération de l'état général fréquente et d'aspect variable, fièvre.
- Douleurs et gêne pharyngée spontanées et provoquées par la déglutition (dysphagie).

Examen physique :

- Inflammation des amygdales pouvant avoir différents aspects : érythémateux et érythémato-pultacé, ulcéro-nécrotique, vésiculeux.
- Atteinte uni- ou bilatérale.
- Recherche d'adénopathie cervicale.



Angine érythémateuse

ETIOLOGIES

- **Angines érythémateuses**
- **Angines vésiculeuses**
- **Angines pseudomembraneuses**
- **Angines ulcéro-nécrotiques**

Angines vésiculeuses :

- Angines virales spécifiques : herpès, zona, coxsackie, mononucléose infectieuse.

Angines érythémateuses (les plus fréquentes) :

- **Virales** (*adénovirus, rhinovirus, influenzæ*) le plus souvent (60 à 80 % des cas).
- **Bactérienne** (streptocoque bêta-hémolytique).

Angine streptococcique :

- Liée à l'infection par le **streptocoque bêta-hémolytique du groupe A.**
- **Angine érythémateuse ou érythémato-pultacée (enduit blanchâtre punctiforme).**
- **Fièvre élevée à début brutal**, adénopathie satellite douloureuse, mais aucun signe ne permet vraiment de faire la différence avec une angine virale.

- ***Risque de rares complications à retenir (+ + +) :***
- **Rhumatisme articulaire aigu (RAA) post-streptococcique, glomérulonéphrite aiguë.**

- **Scarlatine :** suite à une angine érythémateuse avec fièvre à 39-40°C, survenue d'un rash scarlatiniforme avec exanthème et énanthème (glossite framboisée et pharyngite) après 4 jours d'incubation.

Angines ulcéro-nécrotiques :

- Angine de Vincent, chancre syphilitique.
- Tumeurs (carcinome, lymphome), hémopathies dont les leucémies aiguës et les agranulocytoses iatrogènes.



Angine de Vincent :

- Infection par une association de deux bactéries – une anaérobie fusobacterium necrophorum et un tréponème treponema vincentii – survenant sur un **mauvais état bucco-dentaire** chez le sujet jeune.

Chancre syphilitique :

- Maladie sexuellement transmissible liée à *treponema pallidum.*
- Lésion unilatérale, indurée, à fond propre et non douloureuse à la palpation.

Angines pseudomembraneuses :

- Mononucléose infectieuse.
- Diphtérie.



Mononucléose infectieuse :

- Pathologie fréquente.
- **Primo-infection à virus EBV,** parfois d'aspect **érythémateux, parfois pseudomembraneuse** (membranes détachables, respect de la luette, purpura du voile).
- Autres manifestations : asthénie manifeste, splénomégalie, hépatite biologique.
- Survenue évocatrice d'un **rash en cas de prise d'amino-pénicilline**.

Diphtérie :

- Infection grave à *corynebacterium diphteriæ.*
- Devenue rarissime grâce à la vaccination obligatoire.
- Amygdales recouvertes de pseudo-membranes adhérentes, extensives, hémorragiques, épaisses et brillantes.
- **Risque d'extension laryngée (croup), myocardique et de défaillance multiviscérale mortelle.**

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **Diagnostic clinique simple en général.**

- En cas d'angine érythémateuse, un **prélèvement bactériologique ambulatoire des amygdales (test diagnostique rapide** ou ***« Strepto-Test »***) est actuellement mis en place en consultation :

- ***Si positif :*** antibiothérapie active sur le streptocoque.
- ***Si négatif :*** en cas de facteurs prédisposants* au RAA, on peut contrôler le test diagnostique à 48 h par mise en culture.

- MNI-test, TPHA-VDRL selon les cas.
- Hémogramme (mononucléose, agranulocytose, hémopathie).

- **Prélèvement bactériologique** en cas d'angines ulcéro-nécrotiques, pseudomembraneuses et chez le patient immunodéprimé. Il est le plus souvent complété d'une mise en culture.
- Biopsie pour examen anatomopathologique si on suspecte une lésion tumorale.

TRAITEMENT

Traitement symptomatique :

- Repos, antalgique, antipyrétique.
- Spray antalgique.
- Ce traitement suffit en cas d'angine virale.

Angine streptococcique :

- Antibiothérapie par Amoxicilline par voie orale (Clamoxyl®) pendant 7 jours ou azithromycine 4 jours en cas d'allergie aux pénicillines.

- En cas de récidives multiples, le traitement chirurgical par amygdalectomie peut être indiqué.

COMPLICATIONS

Locales :

- ***Phlegmon péri-amygdalien (+ + +)***
- Adénophlegmon.
- Abcès rétro-pharyngé (voussure du pilier postérieur, torticolis fébrile).
- *Syndrome de Lemierre* (rare) : thrombophlébite jugulaire avec risque d'emboles septiques (pulmonaires et périphériques) pouvant rarement survenir en cas d'angine de Vincent.
- Récidives.

Phlegmon péri-amygdalien

- Douleur accrue (dysphagie et odynophagie) **avec trismus,** adénopathie inflammatoire et fièvre persistante.
- Examen endo-buccal montrant une **voussure du pilier antérieur du palais caractéristique** avec œdème de la luette.
- Traitement hospitalier par antibiothérapie intraveineuse et ponction évacuatrice (incision – drainage) en cas de formes sévères ou résistantes au traitement.

Générales :

- Complications post-streptococciques (cf.) en l'absence de traitement.
- Complications en rapport avec l'étiologie (voir MNI, syphilis).

Facteurs prédisposants au RAA

- Age jeune entre 5 et 25 ans associé à antécédents d'épisodes multiples d'angines à streptocoque.
- Age jeune entre 5 et 25 ans et notion de séjours en zones d'endémie (DOM-TOM, Afrique) ou de facteurs environnementaux (conditions socio-économique et sanitaire).
- Antécédents personnels de RAA.

Notes personnelles :

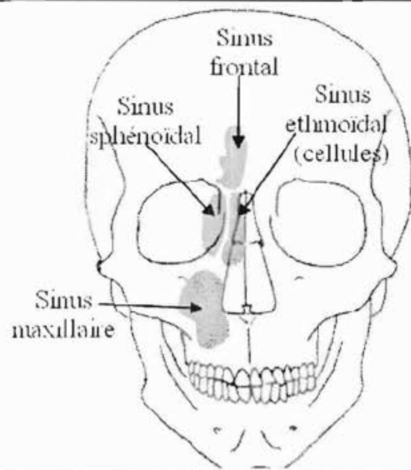
SINUSITES AIGUES

DEFINITION

Sinusite :
- Infection du ou des sinus.

Sinus :
- Cavités aériennes présentes dans le massif facial portant le nom de l'os où elles sont creusées.

Anatomie des sinus



ANATOMIE

Sinus maxillaire :
- Le plus volumineux présent dans les os maxillaires gauche et droit, il communique avec les fosses nasales par le méat moyen. Il est développé entre 4 et 6 ans chez l'enfant.

Sinus frontal :
- Sinus pair que l'on retrouve au-dessus du bord supérieur de l'orbite. Il répond à la loge crânienne antérieure en arrière.

Sinus ethmoïdal :
- Sinus impair et médian localisé entre les fosses nasales et les cavités orbitaires, il est creusé de petites cavités appelées cellules ethmoïdales.

Sinus sphénoïdal :
- Sinus présent dans le corps du sphénoïde, il répond au sinus caverneux et donc aux nerfs optiques, oculomoteurs et au cortex cérébral.

ETIOLOGIES

Sinusite maxillaire :

- Souvent d'origine **virale** (*rhinovirus, adénovirus, myxovirus*).
- **Sinusite aiguë bactérienne** par surinfection d'une rhinite ou d'une rhinosinusite d'origine virale :
    - *Hæmophilus infleunzæ.*
    - *Streptococcus pneumoniæ* – pneumocoque.
    - *Moraxella catarrhalis.*
    - *Staphylococcus aureus.*
    - Mais aussi des germes anaérobies notamment dans les sinusites d'origine dentaire.

Sinusite ethmoïdale (ethmoïdite) :

- Infection bactérienne essentiellement :
- *Hæmophilus influenzæ*
- Parfois le staphylocoque doré
- Ou encore un anaérobie.



Ethmoïdite

EXAMEN CLINIQUE

- **Syndrome infectieux : asthénie, fièvre.**
- **Signes locaux : douleurs de localisation variable en fonction du type de sinusite.**

Sinusites maxillaire et frontale :

- **Rhinorrhée purulente,** épaisse, persistante avec obstruction nasale.
- **Douleur typiquement sous-orbitaire** avec céphalée résistante aux antalgiques et augmentant à l'effort, au froid, tête penchée en avant.
- Examen physique, traînée purulente au méat moyen et palpation sous-orbitaire provoquant une douleur exacerbée (« point sinusien »).
- **Douleur sus-orbitaire avec céphalées rebelles en cas de sinusite frontale.**

Sinusite sphénoïdale :

- Pathologie rare touchant l'adulte après 15 ans.
- Douleurs rétro-orbitaires insomniantes qui irradient au crâne.

Ethmoïdite aiguë :

- Enfant et parfois nourrisson.
- **Rhinorrhée purulente** provenant du méat moyen.
- **Œdème de l'angle interne de l'œil** qui peut s'étendre aux paupières supérieure et inférieure ainsi qu'à la cornée.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- ***Sinusite maxillaire :*** diagnostic clinique, pas d'examen complémentaire.

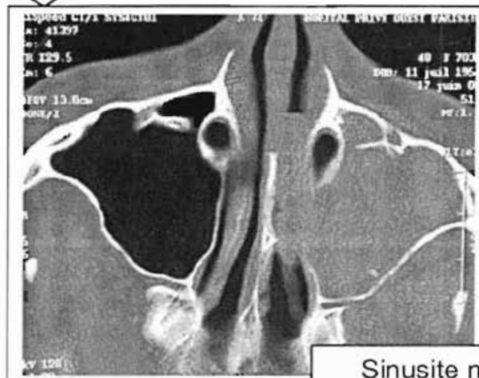
Tomodensitométrie :
- En cas de doute diagnostique.
- En cas de complication.
- Formes cliniques : ethmoïdite, sinusite sphénoïdale.

Radiographie des sinus :
- Encore prescrites en cas de doute diagnostique.
- Incidence de Blondeau pour les sinus maxillaires, incidence nez-front-plaque pour le sinus frontal.

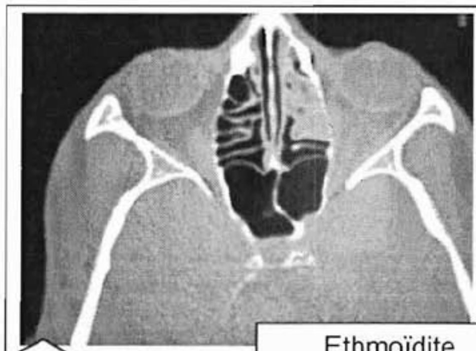
Panoramique dentaire ou mieux un **dentascan** pour rechercher une cause dentaire en cas d'évolution non classique.

Prélèvement bactériologique par ponction de sinus au niveau du méat moyen en cas de résistance au traitement, de récidives, d'immunodépression, ou de formes compliquées.

Hémogramme, CRP.



Sinusite maxillaire



Ethmoïdite

COMPLICATIONS

Locales :

Sinusite maxillaire bloquée (+ + +) :

- **Persistance voire exacerbation des douleurs avec disparition de la rhinorrhée.**
- Traitement antibiotique par voie parentérale.
- Ponction du sinus pour évacuer le pus et éventuellement mettre en place un drain méatique inférieur.
- Le scanner des sinus est alors indiqué.

- ***Récidives, sinusite chronique en cas d'atteinte maxillaire.***

Cellulite orbitaire rétro-septale (+ + +) en cas d'ethmoïdite :

- Signes inflammatoires avec œdème cornéen et surtout **exophtalmie.**
- En cas de **collection,** on peut retrouver l'un des signes suivants : **mydriase paralytique, anesthésie cornéenne, ophtalmoplégie :** il s'agit alors d'une urgence chirurgicale.

Régionales :

- Atteinte neuro-méningée, abcès cérébral.
- Extension au sinus caverneux avec risque de thrombophlébite.

TRAITEMENT

Sinusite maxillaire :

- **Traitement local des fosses nasales :**
  - Désobstruction au sérum physiologique.
  - Vasoconstricteurs locaux pour une courte durée (en l'absence de contre-indications notamment cardiovasculaires).

- **Traitement symptomatique :** traitement antipyrétique et antalgique et corticothérapie orale de courte durée, à 48 h du traitement antibiotique.

- **Traitement antibiotique :** on utilise couramment l'Augmentin® pour 8 jours.

Ethmoïdite aiguë :

- **Traitement de l'inflammation rhinopharyngée :**
  - Désobstruction nasopharyngée au sérum physiologique tiède (4 à 6 fois par jour).
  - Aspiration des sécrétions du nourrisson (« mouche-bébé ») et éducation – lutter contre les habitudes de reniflements, apprentissage du mouchage.

- **Soins oculaires** par collyres antibiotiques.
- Corticothérapie orale de quelques jours après contrôle septique.

- **Association antibiotique** intraveineuse à base de céphalosporine de 3ème génération, fosfomycine et aminosides.
- **Traitement chirurgical urgent en cas de collection** intra-orbitaire : orbitotomie de drainage.

SINUSITES CHRONIQUES

DEFINITION

- Suppurations chroniques des sinus, essentiellement localisées au niveau du sinus maxillaire.

ETIOLOGIES

- **Inflammation chronique** (tabagisme, immunodépression (HIV, diabète), pollution atmosphérique, vapeurs irritantes).
- **Surinfection fréquente** par des **germes bactériens** (*Hæmophilus infleunzæ*, pneumocoque, *Staphylococcus aureus) et anaérobies.*
- **Foyers infectieux dentaires** – dents sinusiennes c'est-à-dire les 2èmes prémolaires supérieures (15, 25), les molaires supérieures (16, 17, 26, 27).
- **Infections mycotiques ; sinusite aspergillaire** favorisée par corps étranger en position intra-sinusienne suite à des soins dentaires (issue de pâte dentaire).
- **Facteurs anatomiques :** déviation septale, pneumatisation du cornet moyen, inversion de courbure du cornet.
- **Lésions locales** (tumeurs, mucocèle).

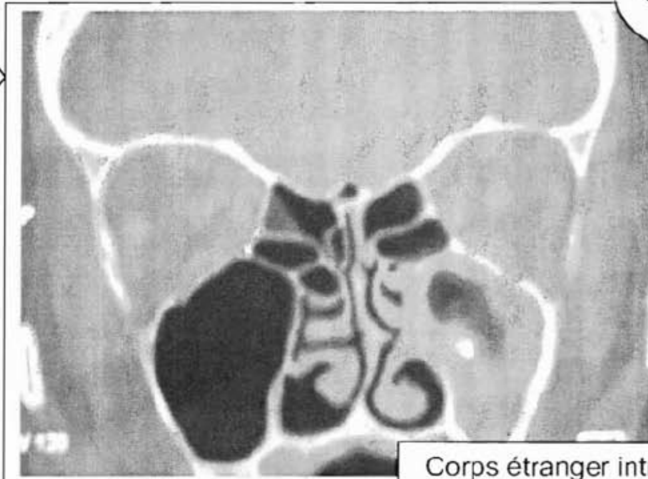
DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Symptomatologie **traînante** à type de rhinorrhée chronique purulente ou d'aspect glaireux, parfois fétide, avec obstruction nasale et troubles olfactifs fonctionnels rares (hyposmie, cacosmie).
- **Absence de douleur** en dehors des épisodes de réchauffement.
- **Périodes de poussées inflammatoires** avec douleur sinusienne, céphalées et altération de l'état général avec fébricule.
- Rhinoscopie : inflammation au niveau du méat moyen avec présence de sécrétions muco-purulentes parfois abondantes.

- **Scanner des sinus essentiellement.**
- Au Blondeau parfois demandé : opacité d'un sinus avec ou sans niveau liquidien, image en cadre par épaississement de la muqueuse. En cas de sinusite aspergillaire, opacité calcique caractéristique associée à l'image sinusienne.
- **Recherche d'une cause dentaire** par panoramique dentaire, dentascan et clichés rétro-alvéolaires centrés sur les dents responsables.
- **Prélèvements bactériologiques** pour guider le traitement antibiotique en cas de formes résistantes ou récidivantes et en cas de complications.



Sinusite maxillaire



Corps étranger intra-sinusien maxillaire gauche

- **Traiter les facteurs favorisants :** foyers infectieux dentaires, tabagisme.
- **Traitement symptomatique** : traitement médical avec des traitements antibiotiques à larges spectres, cures corticoïdes de courte durée, soins locaux de désobstruction et ponction lavage des sinus.
- Sinon, traitement curatif chirurgical endoscopique : **méatotomie moyenne par voie endo-nasale** permettant aération et lavage des sinus, extraction d'une lésion (mucocèle, truffe aspergillaire) également possible.
- **L'examen anatomopathologique** de la pièce opératoire systématique (pour éliminer une lésion tumorale).

Notes personnelles :

DYPSHONIE

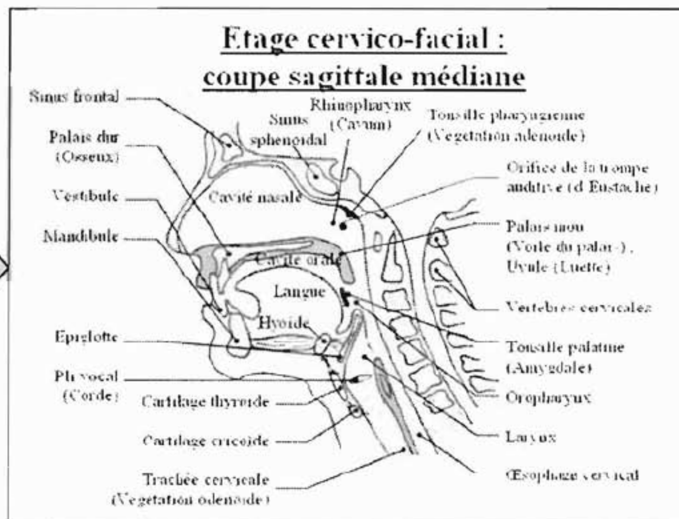
DEFINITIONS

- ***Dysphonie :***
  - Trouble aigu ou chronique de la parole en rapport avec une **altération de la voix <u>parlée</u>**.
  - Au maximum, définit l'aphonie.

- ***Cordes vocales ou plis vocaux :***
  - Replis muqueux situés au niveau de la partie moyenne du larynx entre lesquels se situe l'espace glottique.
  - Organes de la phonation, leur vibration permet la production des sons.

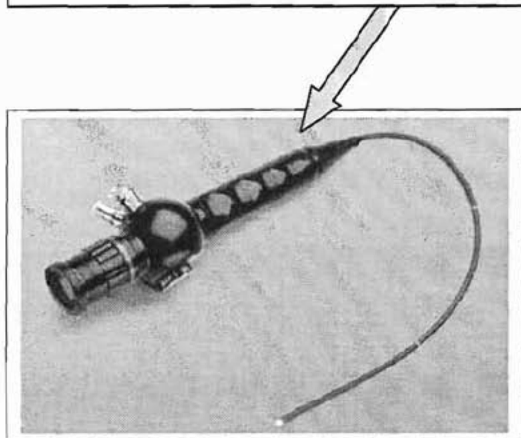
- ***Nerf récurrent laryngé :***
  - Nerf moteur innervant tous les muscles du larynx sauf le muscle crico-thyroïdien.
  - Provient du nerf pneumogastrique (X).
  - Il innerve le larynx par sa branche terminale, le nerf laryngé inférieur.

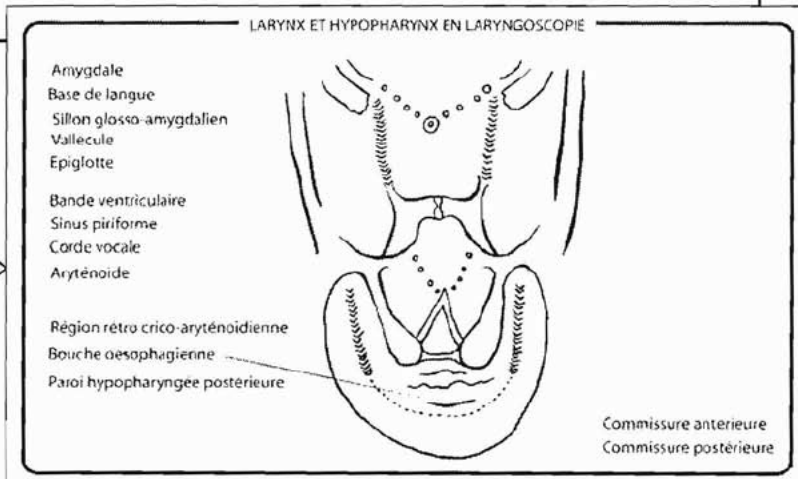
- ***Cartilage aryténoïde :***
  - Cartilages mobiles appartenant à la structure laryngée.
  - Lorsqu'ils sont mis en mouvement par les muscles intrinsèques, ils permettent la mobilisation des cordes en adduction et en abduction, nécessaire à l'activité de phonation.



EXAMEN CLINIQUE

- **Antécédents :** tumeur ORL ou cervicale, consommation alcoolo-tabagique, RGO, profession, intubation récente, contage infectieux récent, traumatisme, intervention chirurgicale.
- **Interrogatoire** : recherche de facteurs déclenchants, retentissement sur la vie sociale et professionnelle, recherche de symptomatologie de RGO, troubles associés (dysphagie, toux, odynophagie, picotements laryngés).
- **Examen physique** :
  - Etat général, alimentation.
  - Recherche d'adénopathie cervicale, palpation de la région thyroïdienne.
- **Centré sur le larynx :**
  - Ecoute de la voix du patient : appréciation de l'intensité, de la fatigabilité, caractère rauque, voie bitonale, soufflée.
  - **Examen des cordes vocales par naso-fibroscopie ou en laryngoscopie indirecte (miroir de Clar) en consultation.**
  - Schéma signé daté des lésions identifiées.





ETIOLOGIES

Dysphonies aiguës :

- **Laryngites aiguës infectieuses :**
  - Virales (rhinovirus, adénovrius, influenzæ, herpès)
  - Rarement bactériennes (staphylocoques) ou encore mycotiques.

- **Laryngites aiguës traumatiques :** malmenage vocal, brûlures thermiques, caustiques, allergiques, traumatismes directs (intubation).
- Paralysie récurrentielle *a frigore*.
- Dysphonies et aphonies d'origine psychogène.

Dysphonies chroniques (durée supérieure à 1 mois) :

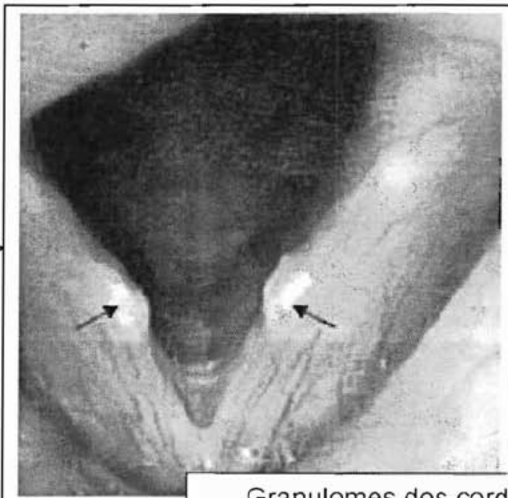
- **Tumeurs bénignes :**
  - Nodules.
  - Granulomes.
  - Polypes.

- **Tumeurs malignes (+++)** : C
- Cancers du larynx et du pharyngo-larynx à évoquer en priorité.

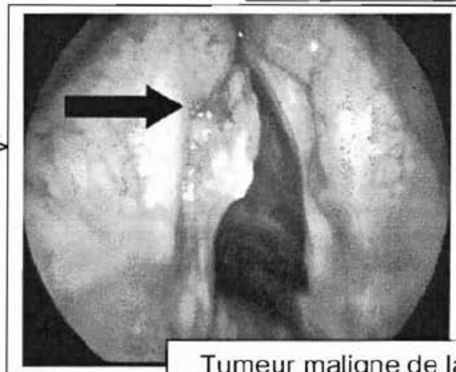
- **Laryngites chroniques (œdémateuses, hypertrophiques, dyskératoses)** favorisées par tabagisme, alcoolisme, RGO.

- **Trouble de la motricité du pli vocal :** paralysies laryngées.

- **Idiopathiques.**



Granulomes des cordes vocales



Tumeur maligne de la corde vocale

BILAN COMPLEMENTAIRE

- **Laryngoscopie directe :**
  - Examen réalisé au bloc opératoire sous anesthésie générale.
  - Permet d'effectuer des biopsies sur les zones suspectes repérées lors de l'examen clinique.
  - Diagnostic de certitude par examen anatomopathologique.

- **Bilan phoniatre et explorations fonctionnelles respiratoires :**
  - Etude précise des altérations fonctionnelles de la voix.
  - Appréciation de la cinétique des plis vocaux.
  - Vidéo-laryngo-stroboscopie, glottographie.

- **Bilan d'imagerie :**
  - Echographie cervicale.
  - Tomodensitométrie cervico-thoracique.
  - IRM.

PARALYSIES LARYNGEES

- Liées à une atteinte neurologique centrale ou périphérique (X, récurrent laryngé ou nerf laryngé inférieur) sur le trajet des voies motrices vers le larynx.

- Selon l'atteinte uni- ou bilatérale et la position de la corde paralysée, l'altération de la voix est d'aspect variable :
  - La paralysie *unilatérale* est la plus fréquente. Elle est responsable d'une dysphonie de type **bitonale** (variations irrégulières du timbre de la voix qui passe de grave à aigu).
  - Une *paralysie bilatérale en adduction* peut entraîner une **dyspnée** parfois invalidante.
  - *Une diplégie bilatérale en abduction* (rarissime) entraîne une dysphonie importante ou une aphonie, avec **troubles de la déglutition et risque de surinfection** trachéo-bronchique.

- Une paralysie laryngée liée à *l'atteinte du X* s'associe à **une paralysie du voile du palais et à des troubles de la déglutition.**

- **Principales étiologies :**
  - Chirurgie thyroïdienne ou d'un organe proche (œsophage, thorax).
  - Traumatismes.
  - Syndrome médiastinal (compression ou atteinte par une tumeur de voisinage (thyroïde, bronches, œsophage).
  - Compression par l'oreillette gauche lors d'un rétrécissement mitral (syndrome d'Ortner) ou d'une coarctation aortique.
  - Idiopathiques (20 % environ) dites *a frigore*.
  - Atteintes centrales (AVC, ESP, encéphalites).

LARYNIGTE AIGUE SOUS-GLOTTIQUE

- Inflammation de la muqueuse laryngée se situant en général au niveau sous-glottique.
- **Infection virale liée aux virus de type influenzæ et para-influenzæ.**
- Autres virus également responsables : VRS, adénovirus, coxsackie, echovirus.
- Formes bactériennes rares et sévères (laryngo-trachéo-bronchite à staphylocoque et surtout épiglottite aiguë).

- Terrain : enfant de 3 à 5 ans et patients tabagiques surtout.
- Anamnèse : survenue hivernale au décours d'un épisode infectieux rhinopharyngé.

- **Clinique :**
    - Syndrome infectieux avec AEG et fièvre à 38,5°C.
    - Dyspnée laryngée de type sous-glottique avec bradypnée inspiratoire, tirage, toux rauque et aboyante ou cornage.

- L'inflammation du larynx est confirmée par l'inspection du larynx.
- Examens complémentaires le plus souvent inutiles car diagnostic clinique.

LARYNGITE CHRONIQUE

- Inflammations chroniques de la muqueuse laryngée, responsables de dysphonie et d'autres symptômes de dérangement laryngé (hemmage (raclement de gorge), picotements, sensation de corps étranger, de brûlures, parfois toux).

- Il existe différentes formes :
    - Laryngite catarrhale (hyperplasie muqueuse non kératinisée).
    - Laryngite pseudo-myxomateuse (ou œdème de Reinke). Présente à la face supérieure des cordes vocales.
    - Laryngite chronique hypertrophique blanche (hyperplasie et métaplasie muqueuse kératinisée = dyskératose) qui constitue un **état précancéreux.**

- Facteurs favorisants :
    - **Tabagisme,** de loin le plus important.
    - **Reflux gastro-œsophagien.**
    - Infection à papillomavirus.
    - Malmenage et surmenage vocaux.

- **Le risque de transformation maligne impose la surveillance et la réalisation de biopsie sous endoscopie des lésions suspectes d'évolution maligne.**

TRAITEMENT

- **Laryngite aiguë sous-glottique :**
  - Hospitalisation en cas de formes graves.
  - Position demi-assise et oxygénothérapie.
  - Intubation nécessaire en cas de forme non améliorée sous traitement ou grave d'emblée.
  - **Corticothérapie** orale ou IM à base de Déxaméthasone à 0,6 mg/kg.
  - Aérosols de corticoïde et de bêta2-mimétiques.
  - Aérosols d'adrénaline en association en cas d'atteinte sévère (en 2ème intention).
  - **Formes récidivantes : rechercher RGO, asthme, atopie.**
- **Laryngite chronique :**
  - **Contrôle des facteurs de risque** (+++) avec arrêt du tabac.
  - Cryothérapie.
  - Laser CO_2.
  - Microchirurgie.
  - Surveillance régulière des dyskératoses en raison du risque de dégénérescence maligne.

DIFFERENTIELS / TROUBLE AIGU DE LA PAROLE

Voix nasale ou rhinolalie :

- ***Rhinolalie ouverte par incompétence vélaire :***
  - Hypertrophie des amygdales, fente vélaire, paralysie du voile.
- *Rhinolalie fermée par obstruction nasale ou* ***nasopharyngée :***
  - Hypertrophie des végétations adénoïdes, rhinite ou rhinopharyngite chroniques, anomalies anatomiques dont hypertrophie turbinale, polypose naso-sunisienne, lésions tumorales.

Voix pharyngée :

- Lésions tumorales, infectieuses ou inflammatoires de l'oropharynx.

Aphasie :

- Altération de l'élaboration et/ou de la compréhension du langage d'origine neurologique liée à une lésion cérébrale hémisphérique.
- AVC, tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens.

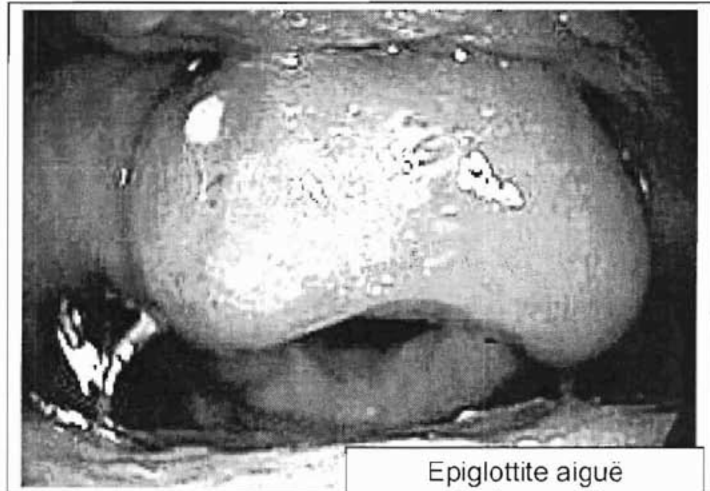
Dysarthrie :

- Altération des phénomènes nécessaires à l'articulation du langage parlé.
- Origine neurologique principalement cérébrale et notamment cérébelleuse (AVC, tumeurs, intoxication alcoolique aiguë et chronique, maladie de Parkinson).

EPIGLOTTITE AIGUE

DEFINITIONS

- Inflammation aiguë de l'épiglotte le plus souvent **Hæmophilus influenzæ de type B** et plus rarement par le staphylocoque doré.
- Urgence diagnostique et thérapeutique en raison du risque de décès par insuffisance respiratoire aiguë liée à l'œdème.



Epiglottite aiguë
(Endoscopie)

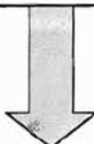
DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Enfant de 3 à 6 ans.
- Tableau d'emblée grave associant une dyspnée laryngée haute en contexte fébrile (39°C et adénopathies) avec bradypnée inspiratoire, tirage, bruit laryngé à type de cornage, hyper sialorrhée et dysphagie en raison du siège sus-glottique.
- Attitude caractéristique de l'enfant : position demi-assise, penché en avant, refus du décubitus, bouche ouverte, langue pendante et cou en hyper extension.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **Diagnostic clinique / Urgence thérapeutique : les examens ne viendront qu' a posteriori confirmer le diagnostic.**
- **Rien ne doit retarder le traitement !**

- Prélèvements sanguins recherchant l'hæmophilus : hémocultures et électrosynérèse.
- NFS, CRP.



TRAITEMENT

- **GESTES INTERDITS :** Ne jamais allonger l'enfant, ne pas essayer de l'examiner à l'abaisse-langue (risque d'ACR par détresse respiratoire aiguë fatale).

- Transport médicalisé vers l'hôpital en SAMU pédiatrique.
- Perméabilité des VAS : **intubation précoce** (en milieu spécialisé si l'état de l'enfant autorise un minimum de délai).

- Injection de corticoïde (Celestene®).
- Antibiothérapie à base de céphalosporine de 3ème génération (ceftriaxone).
- Surveillance en milieu hospitalier.
- En général, extubation avant J3.

- Prise en charge de l'entourage ; enfants-contacts de moins de 4 ans : rifampicine 20 mg/kg en une seule prise pendant 4 jours.

CORPS ETRANGER DES VAS

DIAGNOSTIC

Terrain : enfant de 3 à 5 ans, sexe masculin en grande majorité.

Anamnèse (+++) – survenue d'un *syndrome de pénétration* alors que l'enfant chahutait :

- Accès de suffocation brutale et spontanément résolutif par une quinte de toux expulsive avec cyanose transitoire.
- Pathognomonique du diagnostic de CE/VAS.
- Nature alimentaire du CE dans 90 % des cas.

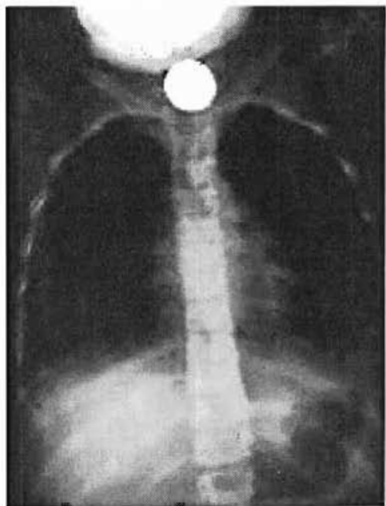
Clinique :

- **En cas de CE laryngé :** tableau de dyspnée laryngée avec bradypnée inspiratoire, tirage et toux rauque en cas de localisation sous-glottique.
- **En cas de CE trachéal :** dyspnée aux 2 temps.
- **En cas de CE bronchique** : dyspnée à prédominance expiratoire.
- Tableau de CE méconnu : responsable de suppuration bronchopulmonaire, toux persistante, rhinorrhée purulente avec obstruction nasale en cas d'enclavement dans les fosses nasales.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **Bilan endoscopique au bloc opératoire sous anesthésie générale : intérêt diagnostique, thérapeutique.**
  - Permet de confirmer le diagnostic et de lever l'obstruction par extraction du corps étranger.
  - Contrôle de l'état des voies aériennes après l'extraction.
- **Radiographie thoracique :**
  - Peut être normale.
  - Rarement signe direct (visualisation du CE).
  - Plus souvent signes indirects (asymétrie de transparence des deux poumons avec image claire de trapping, atélectasie).

Corps étranger des VAS



TRAITEMENT

- Idéalement : **extraction du corps étranger au cours de l'examen endoscopique au bloc opératoire sous anesthésie générale.**
- Si l'état de l'enfant est préoccupant et ne permet pas de patienter, on peut tenter de l'extraire à l'aide d'une pince de Magill ou de le pousser plus loin au niveau d'une bronche souche.
- La manœuvre de Heimlich n'est à employer qu'en cas d'épuisement respiratoire en l'absence de toute structure médicalisée.
- Prévention secondaire : éducation et vigilance des parents.

OTITE MOYENNE AIGUE

DEFINITION

1. Inflammation aiguë, avec ou sans suppuration, de l'oreille moyenne.
2. Enfant entre 1 et 6 ans.
3. 3 stades de l'OMA : congestif, collecté, suppuré.

GERMES EN CAUSE

1. Hæmophilus influenzæ (bêtalactamases).
2. Pneumocoque (50 % de résistance ou de sensibilité diminuée à la pénicilline).
3. Moraxella catarrhalis.
4. Pseudomonas æruginosa.
5. Staphylocoque doré.

FACTEURS DE RISQUE DE PNEUMOCOQUES DE SENSIBILITE DIMINUEE

1. Âge inférieur à 18 mois.
2. Otite moyenne aiguë récente et/ou administration d'antibiotiques dans les trois mois précédents (+++).
3. Habitation urbaine.
4. Vie en collectivité (crèche).

EXAMEN CLINIQUE

1. Rhinopharyngite récente.
2. Signes généraux : fièvre 38-40°C, asthénie, enfant grognon.
3. Signes locaux :otalgies, hypoacousie.
4. Signes associés : vomissements, nausées, diarrhée.
5. OTOSCOPIE (+++) :

	Clinique	Otoscopie
Congestive	Otalgies violentes, à répétition	Tympan hyper vascularisé Disparition du triangle lumineux
Collectée	Otalgies permanentes Fièvre élevée	Tympan bombant Disparition du relief ossiculaire
Perforée	Otalgies diminuées Otorrhée purulente	Otorrhée purulente Perforation tympanique Prélèvement

6. COMPLICATIONS (cf.)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1. Aucun en général.
2. **Paracentèse (but = antalgique, thérapeutique et bactériologique).**
   - ***Otite compliquée.***
   - ***Moins de 3 mois.***
   - ***Résistante malgré un traitement bien conduit.***
   - ***Immunodéprimé.***
3. Bilan d'éventuelles complications.

BILAN DES COMPLICATIONS

Scanner cérébral et de l'oreille :

- Comblement des cellules mastoïdiennes.
- Collection sous-périostée si extériorisation.
- Thrombophlébite du sinus latéral.
- Trajet du nerf facial.
- Labyrinthe.

Bilan infectieux (NFS, CRP, Hémocultures).
Paracentèse, PL si méningite.

TRAITEMENT

1. **ANTIBIOTHERAPIE (+++)** = Amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®) :
   - 10 jours.
   - 80 mg/kg/j si moins de 12 ans et 3 g/j si adulte (en 3 prises).
   - Actif sur les pneumocoques de sensibilité diminuée ainsi que sur les Hæmophilus producteurs de bêtalactamases.
   - Si moins de 3 mois, traiter l'enfant comme une infection materno-fœtale.
   - Si allergie = (macrolide + sulfamide) type Pédiazole®.

2. Antalgiques-antipyrétiques.

3. **Désobstruction rhinopharyngée (+++)** :
   - Nettoyer les fosses nasales plusieurs fois par jour (4 à 6 fois) avec du sérum physiologique.
   - Mouche-bébé.

4. Oflocet® auriculaire si perforation tympanique.
5. Paracentèse selon indications.
6. Traitement des complications.

	CLINIQUE	TRAITEMENT
MASTOIDITE	1. **Rougeur douloureuse rétro-auriculaire** 2. **Otoscopie :** ▪ Otorrhée purulente ? ▪ Perforation du tympan ? ▪ Voussure en pis de vache de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif externe 3. Extériorisation : ▪ Collection effaçant le sillon rétro-auriculaire ▪ Refoulant le pavillon	1. Tri-antibiothérapie : ▪ Parentérale ▪ Claforan® + Fosfomycine® + Flagyl® 2. Si extériorisation : mastoïdectomie
PARALYSIE FACIALE	1. Paralysie faciale périphérique 2. La régression est habituelle	1. Tri-antibiothérapie : ▪ Parentérale ▪ Claforan® + Fosfomycine® + Flagyl® 2. Corticothérapie : ▪ A J2 post-antibio, 1 mg/kg/j 3. Si persistance au bout d'une semaine : mastoïdectomie
LABYRINTHITE	1. Vertige 2. +/- Vomissements 3. Syndrome vestibulaire périphérique 4. (Cause = inflammation réactionnelle)	1. Tri-antibiothérapie : ▪ Parentérale ▪ Claforan® + Fosfomycine® + Flagyl® 2. Corticothérapie : ▪ A J2 post-antibio, 1 mg/kg/j 3. Anti-vertigineux 4. +/- Anti-émétiques
MENINGITE	1. Fièvre élevée 2. Syndrome méningé	1. Tri-antibiothérapie : ▪ Parentérale ▪ Claforan® + Fosfomycine® + Flagyl®
THROMBOPHLEBITE DU SINUS LATERAL	1. Complication de la mastoïdite 2. Œdème de l'hémiface	1. Tri-antibiothérapie : ▪ Parentérale ▪ Claforan® + Fosfomycine® + Flagyl® 2. Mastoïdectomie 3. Héparinothérapie discutée

OTITES MOYENNES CHRONIQUES

DEFINITIONS

Infections chroniques de l'oreille moyenne, responsables d'altérations de la membrane tympanique.

Otite séro-muqueuse :

. Stade le plus précoce.
. Otite chronique à tympan fermé.
. Evolution maximale du dysfonctionnement tubaire avec présence d'épanchement rétro-tympanique.
. Doit faire rechercher chez l'adulte une tumeur du rhinopharynx (+++).

Cholestéatome :

. Stade le plus évolué.
. Suppuration nécrotique du tympan responsable de son invagination, de perforation de la membrane et d'érosion des structures alentours.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Facteurs de risque : **dysfonction tubaire chronique** et OMA récidivantes favorisées par :

. Vie en collectivité.
. Tabagisme parental.
. Saison hivernale.

Hypoacousie de transmission persistante.
Otalige absente ou modérée (tension).

En cas de cholestéatome : **otorrhée chronique purulente,** verdâtre et fétide, et possibles signes d'extension loco-régionale (paralysie faciale périphérique, ostéite, vertige, nystagmus lors de la compression du conduit auditif externe en rapport avec une fistule labyrinthique).

Otoscopie :

Tympan mat, épaissi, infiltré, grisâtre.

Poches de rétraction en rapport avec un épanchement rétro-tympanique :

- Stade 1 : poches non fixes, décollées à la manœuvre de Valsalva, vues en totalité (contrôlables).
- Stade 2 : poches fixées et contrôlables.
- Stade 3 : poches fixes et non vues en totalité.

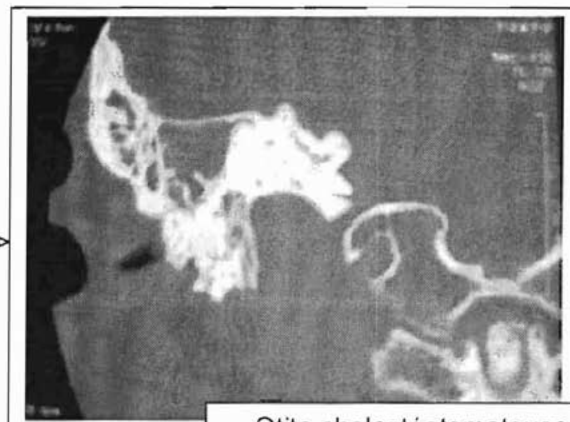
Lésions plus évoluées : adhérences, fibrose, sclérose, perforation.

En cas de **cholestéatome** : débris épidermiques blancs, poches de rétraction, adhérences, perforations marginales (au niveau de la membrane de Schrapnell).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **Audiogramme :** surdité de transmission ou mixte en cas d'extension labyrinthique.
- **Tympanogramme :** amplitude diminuée et pression négative en cas de dysfonction tubaire.
- **TDM des rochers :** image du cholestéatome, extension aux structures voisines (os, caisse du tympan, attique).





Otite cholestéatomateuse

TRAITEMENT

Otite séro-muqueuse :

- Le plus souvent régression spontanée.
- Si persistante, traitement antibiotique avec ou sans association de corticoïdes.
- Adénoïdectomie et mise en place d'aérateurs trans-tympaniques en cas d'hypertrophie des végétations en cas d'échec du traitement médical, d'hypoacousie supérieure à 25 dB ou de complications.

Cholestétome :

- Traitement chirurgical avec examen antomopathologique de la pièce opératoire.
- Second look à un an pour certains.

- Réhabilitation auditive par appareillage si nécessaire.



R.M.O.

Il n'y a pas lieu de mettre en place un aérateur trans-tympanique chez un malade pour lequel la symptomatologie fonctionnelle et/ou les constatations otoscopiques et/ou les données du bilan complémentaire datent de moins de 2 mois.

Notes personnelles :

SURDITE

DEFINITIONS

<u>Surdité :</u>

- Altération de la capacité d'audition.
- Elle peut être partielle ***(hypoacousie)*** ou totale ***(cophose).***

<u>Surdité de transmission :</u>

- La surdité est due à un obstacle à la transmission de l'influx sonore vers l'organe sensoriel de l'audition.
- Celui-ci peut se trouver au niveau du conduit auditif externe, de la chaîne ossiculaire, ou de la membrane tympanique.

<u>Surdité de perception :</u>

- Dans ce cas, c'est l'organe sensoriel qui est mis en cause dans la surdité.
- Il peut s'agir de la cochlée, du nerf auditif ou des structures encéphaliques.

<u>Surdité mixte :</u>

- Association des mécanismes et des caractéristiques sémiologiques des 2 types de surdité.

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire :

- Antécédents personnels et familiaux.
- Troubles cardiovasculaires.
- Prises médicamenteuses ototoxiques.
- Autres symptômes ORL : vertiges, acouphènes (bourdonnements d'oreille), otorrhée, otalgie, paralysie faciale périphérique.
- Examen neurologique, examen cardiovasculaire.

Examen physique :

- **Otoscopie** examinant le conduit auditif externe et la membrane tympanique.
- **Acoumétrie (examens au diapason) :**
  - Examens qualitatifs simples.
  - **Test de Weber** (diapason posé sur le vertex) ; en cas de surdité de transmission, la vibration est ressentie comme latéralisée du côté atteint par la surdité.
  - **Transmission – Weber – côté Atteint = T W A.**
  - **C'est l'inverse en cas de surdité de perception.**
  - **Chez le sujet sain, la vibration est centrée.**

  - **Epreuve de Rinne :** on compare la transmission du son par l'air et celle de la vibration par l'os.
  - La conduction osseuse (CO) est meilleure que la conduction aérienne (CA) en cas de surdité de perception (CO > CA on dit que le Rinne est négatif).
  - Chez le sujet sain et en cas de surdité de perception, la transmission aérienne est la meilleure (CA > CO on dit que le Rinne est positif).

AUDIOMETRIE TONALE

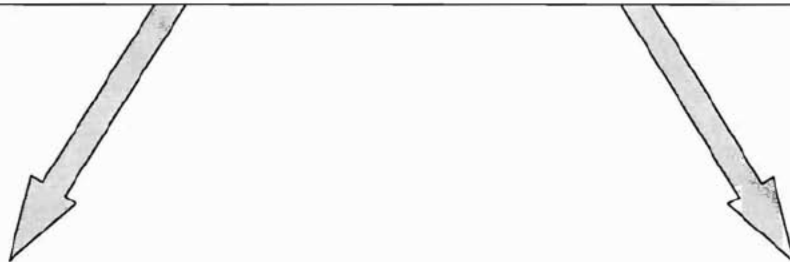
Audiométrie tonale liminaire :

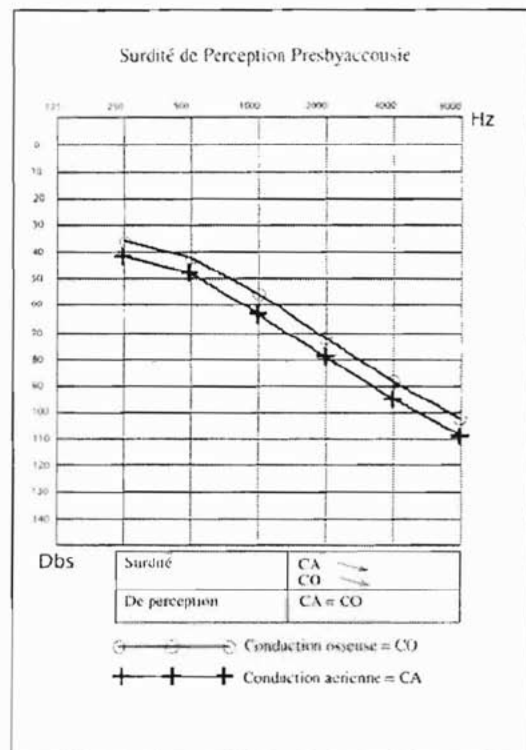
- Appareil produisant des sons et des vibrations d'intensité croissante pour des fréquences données.
- Pour chaque fréquence, à partir d'un certain seuil, le son ou la vibration sont perçus et ainsi notés sur un diagramme.
- Diagramme comparant les conductions aérienne et osseuse.

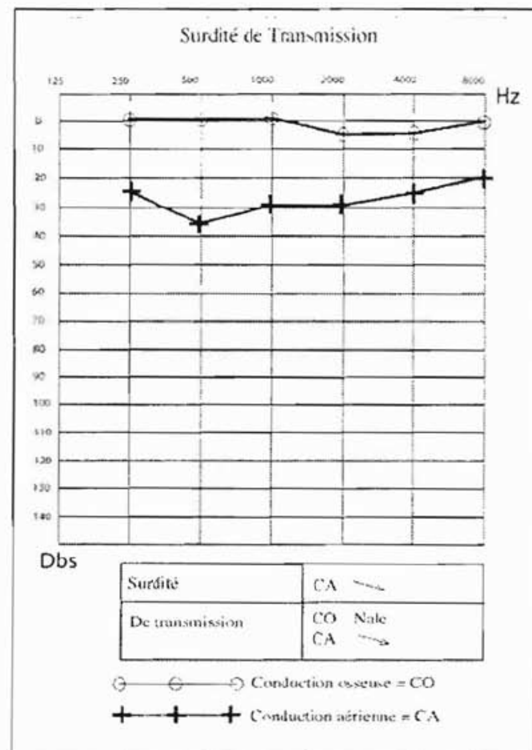
- L'espace entre les 2 courbes de conduction est appelé ***espace de Rinne.***

- Sujet sain : courbes accolées au niveau 0 dB.

- ***En cas de ST :*** **les 2 courbes sont accolées mais elles sont altérées et chutent aux hautes fréquences.**
- ***En cas de SP :*** **les 2 courbes sont parallèles, mais la courbe aérienne est altérée, il existe un espace de Rinne.**
- En cas de SM : sommation des 2 phénomènes, il existe une altération des 2 conductions, plus importantes vers les hautes fréquences et un espace de Rinne car la courbe aérienne est plus altérée.




Surdité de Perception Presbyaccousie
Hz
Dbs
Surdité
De perception
CA
CO
CA = CO
Conduction osseuse = CO
Conduction aerienne = CA


Surdité de Transmission
125
250
500
1000
2000
4000
8000
Hz
0
10
20
30
40
50
60
70
80
90
100
110
120
130
140
Dbs
Surdité
De transmission
CA
CO Nale
CA
Conduction osseuse = CO
Conduction aérienne = CA

IMPEDANCEMETRIE

Tympanométrie :

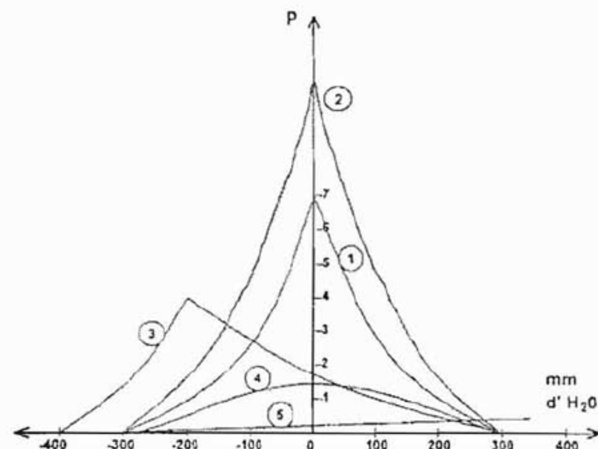
- Examen objectif qui étudie la mobilité de la membrane tympanique.

- Courbe aplatie en cas d'épanchement rétro-tympanique.
- Pic dans les pressions négatives en cas de dysfonction tubaire.
- Pas de pic en cas de perforation tympanique.
- Pic ample et ouvert en cas disjonction inter-ossiculaire.

Etude du réflexe stapédien (test de Metz) :

- Il existe normalement un écart de 80 dB entre le seuil auditif et le seuil du RS destiné à protéger l'oreille.

- En cas de **SP de localisation endo-cochléaire,** le seuil auditif augmente, mais le RS est stable donc l'écart diminue en dessous de 80 dB ; on dit qu'il y a **recrutement.**
- En cas de **SP de localisation rétro-cochléaire,** le seuil auditif augmente, mais le RS aussi donc l'écart est stable ; **pas de recrutement.**



IMPEDANCEMETRIE
1-Courbe normale
2-Rupture de chaîne (hyperlaxité)
3-Dysfonctionnement tubaire
4-Otite séro-muqueuse

ETIOLOGIES

SURDITES DE TRANSMISSION

- **<u>Obstacles au niveau du conduit auditif externe :</u>**
  - Bouchons de cérumen.
  - Corps étrangers.
  - Traumatismes.
  - Tumeurs bénignes et malignes.
  - Malformations.
  - Sténose inflammatoire, otite externe.

- **<u>Oreille moyenne :</u>**
  - Dysfonction tubaire.
  - Otites moyennes chroniques.
  - Tumeurs (ex. : chémodectome tympano-jugulaire).
  - Traumatismes : barotraumatisme, blast, fracture du rocher.
  - Otospongiose.



OTOSPONGIOSE

- Ankylose stapédo-vestibulaire secondaire à une ostéodystrophie de la capsule labyrinthique.
- Maladie multifactorielle à composante génétique.
- Femme d'âge moyen.

Hypoacousie de transmission à tympan normal.
- Uni- ou bilatérale.
- Acouphènes et vertiges possibles.
- Parfois un signe pathognomonique à l'otoscopie ; tache de Schwartz sur le tympan.

Audiométrie :
- Tracé de ST avec présence caractéristique d'une image d'encoche (de Carhart) avec aspect en cupule vers 2 000 Hz.
- Evolution tardive en forme mixte labyrinthisée.

Tympanogramme :
- Possible effet on-off très évocateur.
- Annulation tardivement dans l'évolution.

ETIOLOGIES

SURDITES DE PERCEPTION

- **Surdités endo-cochléaires :**
  - Presbyacousie (la plus fréquente).
  - Toxiques : aminosides, salicylés à fortes doses, diurétiques de l'anse, cisplatine, quinine.
  - Traumatismes : traumatismes professionnels, répétés, fracture du rocher, blast, traumatisme sonore, fistule péri-lymphatique.
  - Maladie de Ménière.
  - Labyrinthites infectieuses (virales, bactériennes).
  - Labyrinthites inflammatoires.
  - Labyrinthites auto-immunes (vascularites, connectivites).
  - Embolies cochléaires (HTA, diabète).
  - Surdité brusque **(diag. d'élimination).**

- **Surdités rétro-cochléaires :**
  - Atteintes neurologiques (AVC, SEP, tumeurs, traumatismes vertébraux, encéphalites).
  - Neurinome du VIII.

NEURINOME DU VIII

- Tumeur bénigne du nerf cochléo-vestibulaire.
- Adulte jeune.
- La plus fréquente des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.
- Possiblement intégré dans une Neurofibromatose de type I (ou maladie de Von REcklinghausen) avec : nodules iriens de Lisch, fibromes cutanés, tâches café au lait, tumeurs nerveuses, association à des tumeurs (phéochromocytome).
- **Potentiels évoqués auditifs (PEA) :** augmentation des latences III et V, augmentation de l'intervalle I-V.
- **IRM cérébrale et de l'APC :** hypersignal en T1 sans hyposignal périphérique.

MALADIE DE MENIERE

- Dilatation du labyrinthe membraneux (hydrops) d'étiologie mal connue.
- Femme d'âge moyen.
- Terrain psychologique particulier.

Triade clinique :
- Grande crise de **vertige** périphérique rotatoire brutal.
- **Surdité de perception** endo-cochléaire prédominant sur les fréquences graves.
- **Acouphènes** et sensation de plénitude de l'oreille.

Evolution :
- Classiquement, diminution de la fréquence des vertiges et majoration de la surdité avec acouphènes de plus en plus invalidants.

SURDITE BRUSQUE

- Surdité de perception d'installation brutale.
- Considérée comme idiopathique.
- Hypothèses étio-pathogéniques virales et vasculaires.

- Le plus souvent unilatérale.
- Isolée : examen neurologique normal, acouphènes possibles.
- Examen otologique normal.

- Surdité de perception endo-cochléaire au bilan complémentaire.

- Diagnostic d'élimination / Urgence thérapeutique.
- Récidives possibles.

BILAN ETIOLOGIQUE (S DE PERCEPTION)

<u>**Potentiels évoqués auditifs (PEA) :**</u>

- Principe superposable à l'EEG afin d'étudier le nerf auditif.

<u>**Imagerie :**</u>

- TDM rocher.
- IRM du nerf, base du crâne (angle ponto-cérébelleux) et cérébrale.

<u>**Bilan de vertige :**</u>

- Electro-nystagmo-graphie (ENG).
- Vidéo-nystagmo-graphie (VNG).

<u>**Bilan biologique complet.**</u>

TRAITEMENT

- <u>Traitement d'une surdité = traitement de sa cause !</u>

- **Otospongiose** :
    - Traitement chirurgical par stapédectomie avec mise en place d'un implant.
    - Chez un patient prévenu du risque de surdité de perception post-opératoire.

- **Maladie de Ménière :**
    - Traitement de la crise de vertige (cf.).
    - Traitement de fond :
        - *Soutien psychologique et thérapie cognitivo-comportementale (déclencheur de crise).*
        - *Règles hygiéno-diététiques (diminuer le sel dans l'alimentation).*
        - *Traitement de bêta-histine (SERC).*
        - *Traitement vasodilatateur (Vastarel®).*
        - *Correction de l'hydrops (diurétique type Diamox®).*
        - *Traitements chirurgicaux.*

- **Neurinome du VIII :**
    - Traitement chirurgical, exérèse par une voie d'abord qui dépend de l'extension tumorale.

- **Surdité brusque :**
    - Urgence neuro-sensorielle.
    - Arrêt des médicaments ototoxiques.
    - Hyper oxygénation cochléaire.
    - Vasodilatateurs.
    - Corticothérapie intraveineuse.
    - Carbogène.
    - Traitement osmotique.
    - En cas de récupération incomplète, prévoir la réhabilitation auditive.

Notes personnelles :

OTALGIE

DEFINITIONS

Otalgie = douleur d'oreille.

Otalgies primitives :
- Douleur d'oreille en rapport avec une pathologie de l'oreille.

Otalgies réflexes :
- Douleurs irradiées à l'oreille de causes extra-otologiques.



EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire :

- Antécédents médico-chirurgicaux.
- Consommation alcoolo-tabagique.
- Caractéristiques de la douleur : date d'apparition, mode de survenue, type de douleur, signes d'accompagnement (acouphènes, otorrhée, hypoacousie, dysphonie, dysphagie).

Examen extra-otologique :

- Examen bucco-dentaire recherchant des foyers infectieux, une lésion ulcéro-bourgeonnante suspecte d'être tumorale.
- Examen de l'oropharynx (amygdales), examen à l'abaisse-langue et au miroir de Clar.
- Rhinoscopie.

Examen otologique :

- Examen du pavillon, recherche d'une douleur à la traction en haut en arrière.
- Otoscopie bilatérale et comparative.

Examen général :

- AEG, fièvre.
- Adénopathie cervicale.

ETIOLOGIES

- **Otalgies primitives**
- **Otalgies réflexes**

Otalgies primitives

- **Pavillon :**
  - **Othématome.**
  - **Périchondite.**
  - **Tumeurs.**
- **Conduit auditif externe :**
  - Bouchons de cérumen.
  - Corps étrangers.
  - Traumatismes.
  - Tumeurs bénignes et malignes.
  - Sténose inflammatoire, otite externe aiguë.
- **Oreille moyenne :**
  - Otites moyennes aiguës.
  - Tumeurs.
  - Traumatismes : barotraumatisme, blast.

Otalgies réflexes

- **Lésions stomatologiques :**
  - Foyers infectieux dentaires.
  - Cancer de la cavité buccale, pathologie de l'ATM.
- **Pathologies ORL :**
  - Cancer des voies aéro-digestives supérieures.
  - Infections (pharyngites, angines).
- **Pathologies neurologiques** :
  - Névralgie du IX, du V.

VERTIGE

DEFINITIONS

Vertige :

- Phénomène caractérisé par la sensation de déplacement de l'environnement autour du patient dans un mouvement rotatoire (« manège »).*
- S'accompagne fréquemment de signes d'anxiété et digestifs (nausées, vomissement).

Nystagmus :

- Mouvement saccadé involontaire des yeux le plus souvent horizontal caractérisé par un mouvement lent et une phase rapide de rappel (comme « lorsqu'on regarde un train qui passe »).
- Le sens de description est celui de sa phase de rappel.
- Signe clinique présent en cas de vertige.

Organe de l'équilibre : il comprend les yeux, le cervelet, la proprioception (grosses fibres nerveuses donnant le sens de position des membres) et le vestibule lui-même composé des :

- *Macules (utricule et saccule* (détectant les mouvements de rotation)).
- *Canaux semi-circulaires* (détectant les mouvements linéaires).

Ces informations sont transmises au cortex en passant par le relais des noyaux vestibulaires au tronc cérébral.



ETIOLOGIES

Vertiges périphériques :

Causes endo-labyrinthiques :

- Maladie de Ménière.
- Vertige périphérique paroxystique bénin (VPPB).
- Traumatismes (ex. : fracture du rocher).
- Ototoxicité médicamenteuse (aminoside).
- Labyrinthites infectieuses, inflammatoires.
- Pathologies labyrinthisées (otospongiose, otites, cholestéatome).
- Fistule péri-lymphatique chirurgicale ou post-traumatique.

Causes rétro-labyrinthiques :

- Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (neurinome du VIII +++).
- Névrite vestibulaire virale (EBV, zona, HIV).

Vertiges centraux :

- AVC ischémiques, hémorragiques.
- Tumeurs du tronc cérébral.
- Sclérose en plaques.
- Abcès cérébral, encéphalites.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Interrogatoire :

- Antécédents médico-chirurgicaux : traumatismes, interventions chirurgicales (otospongiose, cholestéatome), gouttes auriculaires ototoxiques, aminoside.
- Facteurs déclenchant les épisodes de vertige : position particulière de la tête (VPPB), effort d'hyperpression à glotte fermée (fistule péri-lymphatique).
- Caractéristiques du vertige : durée, fréquence, retentissement.

Examen général :

- Fièvre.
- Pouls, TA, pouls périphériques.
- Glycémie.

Eliminer diagnostics différentiels :

- **Hypotension.**
- **Hypoglycémie.**
- **Diabète.**
- **Anémie.**
- **Lipothymie, syncope.**
- **Trouble psychiatrique.**
- **Faire préciser l'élément rotatoire par le patient.**

DIAGNOSTIC CLINIQUE (2)

- **En cas d'atteinte des structures labyrinthiques ou du nerf vestibulaire, la sémiologie clinique est celle d'un vertige périphérique.**
- **En cas d'atteinte du tronc cérébral (noyaux vestibulaires), du cervelet ou du cortex cérébral, la sémiologie est celle d'un vertige central.**

Vertige périphérique :

- Vertige rotatoire avec retentissement digestif parfois au premier plan.
- Déviation des index.
- Ataxie avec marche en étoile.
- Epreuve de Romberg positive (chute du patient debout les yeux fermés et les pieds joints).
- Nystagmus horizonto-rotatoire qui diminue lors de la fixation oculaire et ne varie pas en fonction de la position du regard.
- **Vertige complet et harmonieux.**
- NB : harmonieux car toutes les déviations ont lieu dans la même direction y compris les yeux lors du nystagmus, mais comme son sens est défini par sa phase de rappel – la plus visible – on dit qu'il bat dans l'autre sens.

Vertige central :

- **Vertige incomplet et dysharmonieux.**
- Nystagmus pur (seulement vertical ou seulement horizontal).
- Nystagmus variant selon la position du regard.
- Non aboli par la fixation oculaire.

Vertige périphérique paroxystique bénin (VPPB).

- Accès brutaux de vertige de courte durée provoquée lors du passage de la tête dans une position spécifique.
- Liés à une cupulo-lithiase du canal semi-circulaire postérieur.
- Vertige isolé reproductible par la manœuvre diagnostique de Hallpike.
- Réduction par le mouvement inverse (manœuvre libératoire de Semont).

MALADIE DE MENIERE

- Dilatation du labyrinthe membraneux (hydrops) d'étiologie mal connue.
- Femme d'âge moyen.
- Terrain psychologique particulier.

Triade clinique :

- Grande crise de **vertige** périphérique rotatoire brutal.
- **Surdité de perception** endo-cochléaire prédominant sur les fréquences graves.
- **Acouphènes** et sensation de plénitude de l'oreille.

Evolution :

- Classiquement, diminution de la fréquence des vertiges et majoration de la surdité avec acouphènes de plus en plus invalidants.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Caractéristiques du vertige :

- Electro-nystagmo-graphie.
- Vidéo-nystagmo-graphie.
- Epreuves labyrinthiques.

Bilan étiologique :

- En cas de suspicion de vertige central : TDM cérébrale et CAT identique à celle d'un AVC car déficit neurologique brutal.
- En cas de vertige périphérique : potentiels évoqués auditifs, TDM rochers, IRM cérébrale, sérologies virales.



TRAITEMENT

Traitement de la crise :

- Mise en condition du patient.
- Isolement lumineux et sonore, chambre seule.
- Repos au lit, mais envisager reprise précoce de l'appui.
- Soutien psychologique, calmer et rassurer le patient.
- Traitement symptomatique par benzodiazépine IM.
- Si non-amélioration rapide : anti-vertigineux vestibuloplégique (ex. : Tanganil®) et anti-émétique (ex. : Primpéran®).

Maladie de Ménière :

- Traitement de la crise de vertige (cf.).
- Traitement de fond :
  - *Soutien psychologique et thérapie cognitivo-comportementale (déclencheur de crise).*
  - *Règles hygiéno-diététiques (diminuer le sel dans l'alimentation).*
  - *Traitement de bêta-histine (SERC®).*
  - *Traitement vasodilatateur (Vastarel®).*
  - *Correction de l'hydrops (diurétique type Diamox®).*
  - *Traitements chirurgicaux.*

CANCERS DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES ET DE LA CAVITE BUCCALE

GENERALITES

Terrain et facteurs de risque :
- Sexe masculin surtout.
- Patient alcoolo-tabagique (+++).
- Etats précancéreux ; les dyskératoses.
- Antécédents de cancer des V.A.S. ou de la cavité buccale.

Caractéristiques tumorales :
- Carcinome épidermoïde différencié (+++).
- Cancer lymphophile (extension ganglionnaire).
- Risque métastatique à distance (foie, poumons, os).
- 2ème localisation fréquente (10 à 20 % des cas) dont œsophage.

Localisations :
- Cancer de l'oropharynx.
- Cancer du larynx.
- Cancer de l'hypopharynx.

Principes thérapeutiques :
- Traitement chirurgical.
- Association fréquente de radiothérapie.

Traités à part :
- Cancer du nasopharynx (cavum).
- Cancer de l'ethmoïde.



PHYSIOPATHOLOGIE

Action de l'alcool :

- Irritation chronique locale.
- Mauvais état bucco-dentaire entretenu.
- Dégradation de l'état général qui diminue les défenses immunitaires.
- Solvant idéal des agents carcinogènes du tabac.

Action du tabac :

- Brûlures chroniques des muqueuses par la fumée.
- Action cancérigène des hydrocarbures de la cigarette.
- Action toxique des alcaloïdes.

Les effets de l'alcool et du tabac sont synergiques (et non additifs).

ATTENTION !

- **Toute lésion endo-buccale suspecte chez un patient alcoolo-tabagique est un cancer jusqu'à preuve du contraire.**

DYSKERATOSES

Lichen plan :

- Lésion blanchâtre non détachable d'aspect dendritique ou punctiforme située à la face dorsale de la langue ou à la face interne des joues.
- Lésion asymptomatique en général.
- Parfois quelques picotements ou sensations de brûlures présentes.
- Association à l'hépatite C et à des facteurs psychogènes souvent rapportés.
- Lésions proches ; lichen érosif qui expose particulièrement à un risque de dégénérescence maligne.

Leucoplasie :

- Favorisée par le tabagisme surtout.
- Plaques blanchâtres présentes sur la muqueuse de la cavité buccale (face interne des joues, région rétro-commissurale, langue).

- Ces lésions sont cliniquement proches.

- **Surveillance essentielle en raison du risque de transformation cancéreuse : à suspecter si apparition de douleurs, aspect inhomogène, ulcéré, hypertrophique : faire une biopsie.**

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Signes fonctionnels :

- Principaux signes d'appel locaux : **dysphagie, odynophagie, otalgie réflexe, dysphonie chronique (larynx), algie buccale, douleur pharyngée.**
- En cas d'extension au voile du palais, tendance aux fausses-routes avec régurgitation de liquide par le nez.
- En cas d'extension à la base de la langue, douleur à la protraction linguale.
- Douleur : gencive, dents ou maxillaires.

- Adénopathie cervicale.
- AEG, hépatomégalie métastatique.

Examen physique :

- Examen de la cavité buccale et de l'oropharynx à l'abaisse-langue.
- Examen du larynx et de l'hypopharynx au miroir laryngé de Clar ou par nasofibrosopie.
- Lésion typiquement ulcéro-bourgeonnante et indurée saignant au contact.
- Schéma complet, consigné sur un schéma daté et signé.
- NB : dans le cas des lésions accessibles (cavité buccale, langue, voire oropharynx), il est possible dès la consultation de réaliser des biopsies pour examen anatomopathologique.

- **La clinique pour commencer (!)**

- **Loco-régional :**

  - Panendoscopie des VAS dont œsophagoscopie et bronchoscopie pouvant être réalisées séparément.
  - Permet de réaliser des biopsies pour examen antomopathologique.
  - TDM / IRM afin de préciser l'extension locale (parties molles, os, organes voisins).

- **A distance :**

  - Radiographie thoracique et TDM cervico-thoracique.
  - Bilan hépatique et échographie hépatique.
  -
  - Radiographies osseuses et scintigraphie en cas de



BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

- **Consultation stomatologie.**
- **Radiographie panoramique dentaire et rétro-alvéolaire au besoin.**

- ECG.
- Rx thorax, explorations fonctionnelles respiratoires (EFR).
- Consultation d'anesthésie.
- Bilan biologique complet.

Cancer de la cavité buccale et de l'oropharynx :

T1 Induration tumorale inférieure à 2 cm de grand axe.
T2 ... entre 2 et 4 cm de grand axe.
T3 ... supérieure à 4 cm de grand axe.
T4 Extension aux structures voisines (os, peau).

Cancer de l'hypopharynx et du larynx :

T1 Tumeur limitée à une seule région anatomique.
T2 Tumeur détendue à une ou plusieurs régions voisines sans fixation d'une corde vocale.
T3 Tumeur de la région pharyngo-laryngée avec fixation d'une corde vocale (mobilité).
T4 Tumeur étendue au-delà de la région pharyngo-laryngée (os, peau, cartilage).

N0 Absence d'adénopathie visible cliniquement ou par l'imagerie.
N1 Adénopathie homolatérale inférieure à 3 cm.
N2a Ad. homolatérale entre 3 et 6 cm.
N2b Ad. multiple homolatérale inférieure à 6 cm.
N2c Ad. controlatérale ou bilatérale inférieure à 6 cm.
N3 Ad. supérieure à 6 cm.

M0 Absence de métastase connue à distance.
M1 Métastase à distance.

Cancer de la cavité buccale

- Cancer de la langue mobile.
- Cancer du plancher buccal.
- Cancer du palais dur.
- Cancer gingivo-maxillaire.

Cancer de l'oropharynx

- Cancer de l'amygdale.
- Cancer du voile du palais.

FORMES CLINIQUES

Cancer de la cavité buccale

Cancer de l'oropharynx

Cancer du larynx

Cancer de l'hypopharynx

Cancer du larynx

- Cancer de l'épiglotte.
- Cancer de la corde vocale.

Cancer de l'hypopharynx

- Cancer du sinus piriforme.

TRAITEMENT

Traitements curatifs = Traitement chirurgical et radiothérapie.

Traitement chirurgical :

- Exérèse tumorale plus ou moins étendue en fonction de la lésion initiale.
- Pièce opératoire envoyée en anapath. (valeur diagnostique, vérification des limites d'exérèse en zone saine).
- *Evidemment ganglionnaire* le plus souvent conservateur (= curage fonctionnel) c'est-à-dire respectant la veine jugulaire interne, le sterno-cléido-mastoïdien et le nerf spinal homolatéraux.
- Parfois radical (si N2 ou si rupture capsulaire).

Radiothérapie complémentaire :

- Précédée en début de prise en charge par une prévention stricte de l'ostéoradionécrose mandibulaire.
- En post-opératoire sur le lit tumoral et les aires ganglionnaires.
- Cures supplémentaires si au moins T3 et N2.
- Parfois utilisée seule en cas de contre-indication à la chirurgie.

Chimiothérapie (5 FU, cisplatine) :

- Non curative.
- Concomitante (utilisée pour potentialiser la radiothérapie).
- Parfois en néo-adjuvante et lors des protocoles palliatifs.



SURVEILLANCE

- <u>Surveillance à vie</u>

- Rechercher récidive ou autre localisation.
- Rechercher métastase.
- Rechercher complication des traitements.
- S'assurer du contrôle des facteurs de risque et de l'hygiène bucco-dentaire.

Surveillance clinique :
Tous les 3 mois pendant 2 ans.
Puis tous les 6 mois pendant 5 ans.
Puis tous les ans.

- Site tumoral.
- Adénopathie.
- Etat général, douleur osseuse, hépatomégalie.
- Fistule, ostéoradionécrose.

Surveillance paraclinique annuelle :

- Examen fibroscopique / panendoscopie d'indication large.
- TDM cervico-faciale régulière.
- Radiographie thoracique.
- Echographie et bilan hépatiques.

COMPLICATIONS DU TRAITEMENT

Traitement chirurgical :

- Infections, hématome.
- Fistulisation (orostome au plancher buccal, pharyngostome).
- Troubles de la déglutition.
- Complications esthétiques (lambeaux de reconstruction).

Radiothérapie complémentaire :

- Ostéoradionécrose mandibulaire, odontonécrose.
- Complications cutanéo-muqueuses ; fibrose, radiomucite, radiodermite, nécrose, xérostomie par asialie.
- Candidose, œdème laryngé, sténose œsophagienne.

Chimiothérapie (5 FU, cisplatine) :

- 5 FU ; toxicité cutanéo-muqueuse (stomatite), angor spastique.
- Cisplatine ; toxicité neurologique, rénale et ototoxicité.
- Toxicité digestive et hématologique aspécifiques.



OSTEORADIONECROSE MANDIBULAIRE

Prévention :

- Consultation de stomatologie.
- Remise en état bucco-dentaire avec avulsion des dents mortifiées situées dans le futur champ d'irradiation sous protocole poly-antibiotique.
- Prophylaxie à l'aide de gouttières fluorées portées pendant les séances.
- Prophylaxie fluorée renforcée à vie.
- Arrêt de l'intoxication alcoolo-tabagique avec aide aux sevrages.

Diagnostic :

- Intervalle libre de plusieurs années possible.
- Douleurs mandibulaires, trismus, ulcération endo-buccale, fistulisation à la peau, abcédation.
- Ces signes peuvent être ceux d'une récidive tumorale qu'il faut éliminer.

Prise en charge :

- Antibiothérapie.
- Exérèse de la lésion (curetage sequestrectomie) ou exérèse d'un trajet fistuleux et examen anatomopathologique.

CANCER DU CAVUM

PARTICULARITES

- **Cancer non directement lié à une intoxication alcoolo-tabagique.**
- **Prédisposition ethnique (Asie du Sud-Est, Maghreb).**
- **Pathogénie liée à un virus (EBV).**

- **Types anatomopathologiques des différents autres cancers :**
  - Carcinome épidermoïde indifférencié (UCNT) principalement.
  - Lymphome malin non-hodgkinien.
  - Rhabdomyosarcome (30 % chez l'enfant).
  - Carcinome épidermoïde différencié (rare).

- **Traitement par radiothérapie.**

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Symptômes rhinologiques :
- Rhinorhée chronique suspecte d'allure muco-sanglante.
- Associée à une obstruction nasale et à des épisodes d'épistaxis.

Symptômes otologiques par dysfonction tubaire :
- Tableau de type otite séro-muqueuse.
- Otalgie réflexe, hypoacousie.

Adénopathie cervicale volontiers sous-angulo-mandibulaire.

Possibles signes neurologiques liés à l'extension loco-régionale aux nerfs crâniens :
- Céphalées aspécifiques.
- Névralgie symptomatique du V.
- Paralysie faciale périphérique.
- Diplopie par atteinte oculomotrice.
- Atteinte des nerfs mixtes (X, XI, XII).

- **Nasofibroscopie à l'optique rigide sous anesthésie locale** (= cavoscopie) permettant de repérer la lésion tumorale et de réaliser la biopsie pour examen anatomopathologique.

- Otoscopie bilatérale précisant l'état des tympans.
- Examen oropharyngé, cavité buccale.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

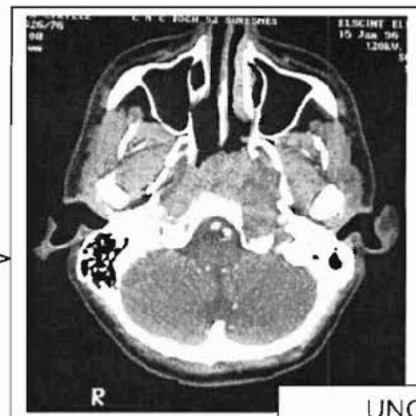
- **Biopsie diagnostique au cours de l'examen endoscopique.**

- **Imagerie :**
  - Scanner cervico-facial centré sur le cavum et la base du crâne.
  - IRM cervico-faciale.

- **Sérologie EBV :**
  - Valeur de référence pour contrôler l'absence de récidive après le traitement.
  - Intérêt diagnostique en cas de lésion tumorale non visible à l'examen.
  - **IgG anti-VCA, IgG anti-EA, IgA anti-VCA.**

- **Bilan otologique** : audiométrie, impédancemétrie.
- **Bilan ophtalmologique** : Hess-Lancaster en cas de signes d'appel.

- **Bilan d'extension :**
  - Rx thorax, TDM thorax, scintigraphie osseuse, échographie et bilan hépatiques.
  - En cas de lymphome, biopsie ostéo-médullaire (BOM), ponction lombaire, immuno-phénotypage des lymphocytes circulants.



UNCT

TRAITEMENT

- **Radiothérapie externe à dose curative (+++).**
- **Associations :**
  - Chimiothérapie néo-adjuvante ou concomitante pour certains en cas de formes évoluées.
  - Traitement chirurgical en cas de reliquats ganglionnaires après radiothérapie (curage).

- **Surveillance :**
  - Clinique et paraclinique et surtout sérologique.
  - Traitement efficace si diminution des 3 taux.
  - Echec thérapeutique ou récidive si réascencion des taux à distance du traitement.
  - **La sérologie peut permettre de repérer une récidive à un stade encore infra-clinique.**

LESIONS DENTAIRES ET GINGIVALES

RAPPELS ANATOMIQUES

Dent :

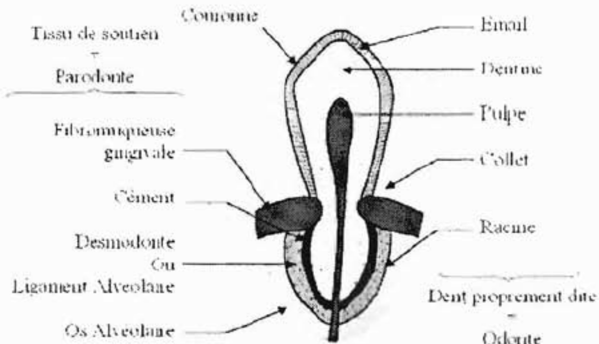
- 20 dents composent la denture temporaire.
- 32 dents composent la denture définitive.

- Dent = 2 parties distinctes séparées par le collet (ou cingulum) ; couronne qui est visible et racine non visible intégrée dans le tissu de soutien.
- 1 pédicule vasculo-nerveux – la pulpe – contenue dans la chambre pulpaire.
- 2 tissus constitutifs superposés : l'émail superficiel et la dentine située sous l'émail.

Parodonte :

- Tissu de soutien de la dent.
- Composé de :
    - La fibromuqueuse gingivale.
    - Le desmodonte (ou ligament alvéolo-dentaire).
    - L'os alvéolaire.
    - Le cément.

Anatomie de l'organe dentaire



LESIONS DENTAIRES ET GINGIVALES

- Foyers infectieux dentaires.
- Parodontopathie dont gingivites.
- Kystes et tumeurs d'origine dentaire.
- Cancer de la gencive.

FACTEURS FAVORISANTS LES FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES

- **Locaux**
- **Généraux**

Locaux

- **Hygiène bucco-dentaire défectueuse** ou inadaptée.
- **Facteurs alimentaires** (alimentation sucrée (saccharose) notamment entre les repas.
- Intoxication alcoolo-tabagique.
- **Parodontopathie** sous-jacente.
- Biofilm alimentaire excessif (tartre).
- Hyposialie.
- Malpositions dentaires.
- Troubles de l'articulé dentaire.
- Appareillages orthodontiques.
- Port de prothèses.
- Antécédents traumatiques (fractures dentaires).

Généraux

- **Immunodépression** (diabète, grossesse).
- Facteurs génétiques.
- Carence vitaminique (vitamine D).
- Hypoplasie de l'émail d'origine endocrinienne (hypothyroïdie, hypoparathyroïdie, diabète).
- Dénutrition sévère, altération de l'état général.

DEFINITIONS

Carie :

- Destruction des tissus dentaires par déminéralisation.
- Atteinte de l'émail puis de la dentine.

Pulpite :

- Inflammation de la pulpe dentaire.
- « Rage de dent » = pulpite aiguë.
- Secondaire à la carie.

Desmodontite aiguë :

- Inflammation du ligament alvéolo-dentaire par extension d'une infection de la dent.

Granulome apical :

- Lésion de l'os alvéolaire en regard de l'apex d'une dent infectée.

Parodontopathie :

- Groupe des pathologies du parodonte.
- Gingivites.
- Parodontites (atteinte du cément, desmodonte).
- Alvéolyse.



EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Radiographie panoramique dentaire (orthopantomogramme) :

- Visualisation d'ensemble des dents et des bases osseuses.
- Examen de débrouillage.

Clichés rétro-alvéolaires (ou péri-apicaux) :

- Clichés permettant d'étudier précisément une dent et son tissu de soutien.
- Visualise les racines, le ligament alvéolo-dentaire et l'os alvéolaire.
- Carie : lacune radio-transparente.

Clichés inter-proximaux (ou rétro-coronaires) :

- Utilisés afin de rechercher des caries au niveau inter-dentaire (ce qui est mal exploré à l'examen clinique).

FI DENTAIRES / DIAGNOSTIC CLINIQUE

Carie de l'émail :
- Souvent **asymptomatique.**
- A l'examen endo-buccal avec un bon éclairage et à l'inspection à la sonde, on retrouve une tache blanche ou brune, qui est mieux vue en trans-illumination.

Carie de la dentine :
- Carie plus profonde.
- Douleurs fugaces qui augmentent au froid, au chaud et au contact des aliments sucrés.
- Tests de vitalité dentaire positifs.

Pulpite aiguë :
- **Douleurs spontanées intenses et pulsatiles.**
- Qui augmentent en cas de décubitus.
- Percussion axiale indolore.
- Percussion transversale douloureuse.
- **Tests de vitalité pulpaire également positifs** en l'absence de nécrose pulpaire (forme suppurée).

Desmodontite aiguë :
- Douleurs intenses et pulsatiles.
- Irradiation des douleurs au niveau de la face.
- Nécrose pulpaire : **tests de vitalité pulpaire négatifs.**
- Impression de dent longue liée à l'épaississement du desmodonte.
- **Percussions axiale et transversale douloureuses, mobilité dentaire.**

Granulome apical :
- Souvent asymptomatique.
- De découverte radiographique.

Kystes d'origine dentaire :
- Découverte radiographique fortuite.
- Révélée par des douleurs ou un épisode infectieux (cellulite).

Prévention avant tout (!) :

- **Arrêt d'une intoxication alcoolo-tabagique.**
- **Eviction des sucres entre les repas.**
- **Hygiène bucco-dentaire renforcée** avec brossage dents + gencives + langue (halitose) multi-quotidien.
- **Prophylaxie fluorée :** Zymafluor® chez la femme enceinte et les enfants, dentifrice au fluor.
- Prise en charge des malpositions dentaires.
- Dépistage scolaire.
- Apprentissage d'une technique de brossage adaptée aux enfants.

Carie :
- Exérèse de la carie.
- Désinfection locale et obturation de la perte de substance dentaire par un amalgame.

Pulpite aiguë :
- Urgence odontologique à cause de la douleur car les médicaments ne suffisent pas.
- ***Temps antalgique :*** ouverture de la chambre pulpaire.
- Puis pansement antalgique (créosote).
- ***Traitement radiculaire :*** dévitalisation (pulpectomie) puis lavage de la chambre pulpaire et obturation par pâte et amalgame.

Desmodontite aiguë :
- Traitement identique si la dent peut être conservée.
- Meulage de la couronne en cas de « dent longue ».
- Avulsion dentaire si la dent est trop altérée et expose à des complications.

Granulome apical :
- Curetage du granulome.

Parodontopathie :
- Détartrages réguliers.
- Bains de bouche antiseptiques et dentifrice pour gencives sensibles.
- Traitements gingivo-maxillaires si nécessaires : gingivectomie, curetage, lambeaux et greffes.

PARODONTOPAHIES / DIAGNOSTIC CLINIQUE

Gingivite :

- Aspect anormal de la muqueuse gingivale : lisse, érythémateuse, hypertrophiée.
- Tendance hémorragique au contact (brossage des dents).
- Douleurs.
- Rétraction de la gencive attachée au stade avancé.

- **Formes cliniques** :
  Gingivite ulcéro-nécrotique aiguë :
  - Affection bactérienne liée à une association fuso-spirillaire.
  - Lésion ulcéro-nécrotique focale (triangle inter-papillaire) puis extensive profonde et douloureuse.

  Hyperplasie gingivale :
  - *Causes infectieuses (infection virale, mycose).*
  - *Causes tumorales (carcinomes, lymphomes, kyste, épulis, leucoplasie).*
  - *Causes médicamenteuses (ciclosporine, hydantoïne, nifédipine, contraceptifs).*
  - *Pathologies systémiques.*

Parodontite :

- Mobilités dentaires multiples, écarts inter-dentaires anormaux.
- Aspect de parodontopathie, excès de plaque tartrique, gingivite, halitose.

KYSTES ET TUMEURS D'ORIGINE DENTAIRE

Kystes d'origine dentaire :

- Kyste apico-dentaire.
- Kyste dentigère.
- Kératokyste.

Tumeurs d'origine dentaire :

- *Bénignes :*
  - Améloblastome, développé à partir de l'émail.
  - Cémentomes ;
  - Odontomes
- *Malignes :* les tumeurs maxillaires sont rares (sarcomes, métastases), les cancers d'origine dentaire sont tout à fait anecdotiques (carcinomes odontogènes, sarcomes).

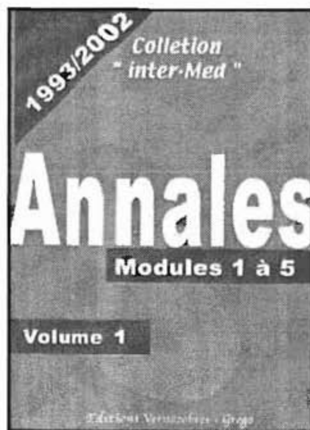
CANCER GINGIVAL

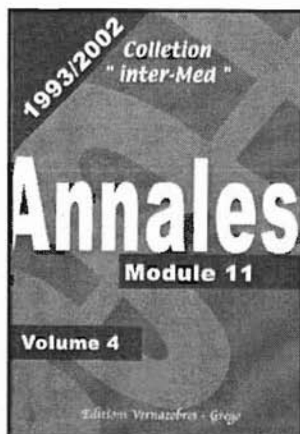
- Appartient aux cancers de la cavité buccale (cf.).
- Terrain alcoolo-tabagique.
- **Carcinome épidermoïde.**

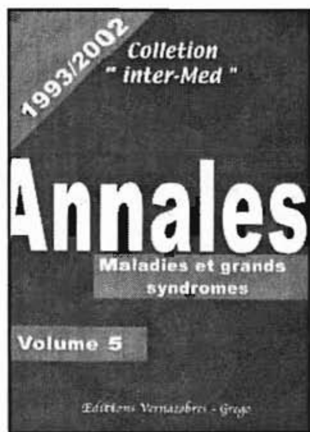
- Aspect le plus souvent hyperplasique.
- Parfois ulcéré.
- Etat bucco-dentaire très mauvais par ailleurs.

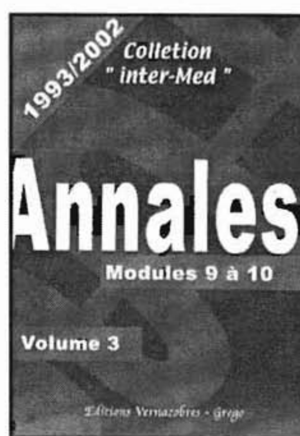
- Risque d'extension loco-régionale ; forme gingivo-maxillaire, extension sinusienne.
- Autres localisations fréquentes (langue, plancher buccal, oropharynx, œsophage).

- **Diagnostic de certitude par biopsie pour examen antomopathologique.**

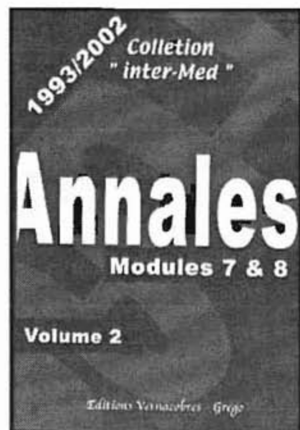












ANNALES ECN



Editions Vernazobres-Grego

COMPLICATIONS DES FOYERS INFECTIEUX DENTAIRES

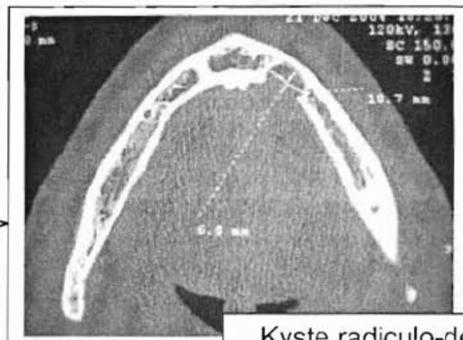
COMPLICATIONS

Loco-régionales :

- Abcès parodontal sous-muqueux et sous-périosté.
- Cellulites circonscrites.
- Cellulites diffuses.
- Sinusite maxillaire chronique.
- Adénites.
- Ostéite.
- Complications orbitaires et oculaires (uvéite).
- Thrombophlébite faciale.
- Méningite, abcès cérébral.

A distance :

- Endocardites.
- Rhumatisme articulaire aigu, néphropathie (glomérulonéphrite aiguë).
- Pneumopathies.
- Fièvre prolongée.
- Septicémie.



Kyste radiculo-dentaire

AGENTS RESPONSABLES DES FI DENTAIRES

- **Foyers infectieux développés à partir de l'écosystème buccal poly-microbien :**

Germes aérobies :

- Coccis : streptococcus, staphylococcus, nesseria
- Bacilles : hæmophilus, lactobacillus, actinobacillus.

Germes anaérobies :

- Peptostreptococcus, actinomyces, bacteroides, fusobacterium, prevotella...

CELLULITES FACIALES D'ORIGINE DENTAIRE

- Infection des parties molles collectée ou non développée à partir d'un foyer infectieux d'origine dentaire non ou mal traité.

- Favorisée par l'immunodépression et l'usage d'AINS.

- **Tuméfaction douloureuse au niveau facial, le plus souvent génienne basse ou haute.**
- **Endo-buccal ; algie dentaire féroce, abcès parodontal en regard, collection vestibulaire éventuelle.**
- **Fièvre à 38,5°C.**

- ***Signes de gravité :***
  - Prise AINS.
  - Evolution rapidement défavorable en 48 à 72 h.
  - Trismus serré.
  - Dyspnée, dysphagie.
  - Extension : formes diffuses et nécrotiques, cervicale, plancher buccal, thrombophlébite associée, cérébrale, médiastinale, septicémie.

- ***Cellulites diffuses :***
  - Formes graves menaçant le pronostic vital du patient (choc septique).
  - Signes locaux sévères (nécrose, extension).
  - Risque rapide d'extension cervicale et médiastinale en cas de formes basses.
  - Risque d'extension orbitaire et cérébrale en cas de formes hautes.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Bilan d'imagerie :
- Radiographie panoramique dentaire.
- Clichés rétro-alvéolaires pour les dents responsables.
- TDM cervico-faciale pour préciser l'extension et guider un geste chirurgical en cas de formes étendues ou graves.

Bilan biologique standard (NFS, CRP) et pré-opératoire.

Bilan bactériologique : hémocultures en cas de fièvre > 38,5°C.

TRAITEMENT

Possible traitement ambulatoire avec consultation dans la semaine en cas de forme circonscrite non collectée sans signe de gravité :
- Clamoxyl® + Flagyl®.
- Bains de bouche antiseptiques.
- Traitement antalgique.

Hospitalisation dans les cas de cellulite avec fièvre, collection, trismus serré et autres signes de gravité :
- Antibiothérapie IV : pénicilline G 5 MU x 3/jour et Flagyl® 500 mg x 3/jour.
- Bains de bouche et antalgiques.
- Traitement chirurgical : drainage d'une collection, mise en place d'une lame de Delbet® si important.
- Traitement souvent radical (avulsion) de la dent causale.

- **Cellulite diffuse :** traitement de réanimation, trachéotomie d'indication large, drainages chirurgicaux multiples, oxygénothérapie hyperbare.

- Anticoagulation préventive en cas d'extension palpébrale inférieure (thrombophlébite).

COMPLICATIONS DES CELLULITES

Loco-régionales :

- **Cellulites diffuses.**
- Extension au plancher buccal.
- **Extension cervicale (dyspnée, dysphagie), médiastinale.**
- Adénites.
- Ostéite.
- Complications orbitaires et oculaires (uvéite).
- Fistulisation à la peau.

- **Thrombophlébite de la veine facio-ophtalmique** :
    - Œdème palpébral inférieur et supérieur et au niveau de l'angle interne de l'œil.
    - Palpation d'un cordon veineux induré et douloureux (trajet de la veine angulaire).
    - Chémosis.
    - Risque d'évolution en thrombophlébite cérébrale (sinus caverneux).

- Méningite, abcès cérébral, thrombophlébite du sinus caverneux.

A distance :

- Endocardites.
- Pneumopathies, septicémie (choc)...

PROPHYLAXIE DE L'ENDOCARDITE

- ***Prophylaxie recommandée en cas de cardiopathie à risque.***

Soins dentaires sous anesthésie locale :

Une heure avant le geste :
- Amoxicilline 3 g per os.
- En cas d'allergie : pristinamycine 1 g per os ou clindamycine 600 mg per os.

Soins dentaires sous anesthésie générale :

Une heure avant le geste :
- Amoxicilline 2 g IV en 30 minutes maximum.
- En cas d'allergie : vancomycine 1 g IV en plus de 60 min ou teicoplanine 400 mg IVD.

Six heures après le geste :
- Amoxicilline 1 g per os.
- En cas d'allergie : pas de 2ème dose.

NB :
- ***Cardiopathies à risque élevé :*** insuffisance aortique, atteinte aortique et mitrale, canal artériel persistant, prothèse valvulaire (sur maladie aortique ou mitrale).
- ***Lésions à risque moyen :*** insuffisance mitrale, rétrécissement aortique, maladie mitrale, communication inter-ventriculaire, tétralogie de Fallow, coarctation aortique, sujets avec homo ou hétérogreffe.
- ***Lésions à risque modéré :*** RM, cardiopathies congénitales, aortite syphilitique, anévrysme aortique, intervention chirurgicale sans prothèse.

LITHIASES SALIVAIRES

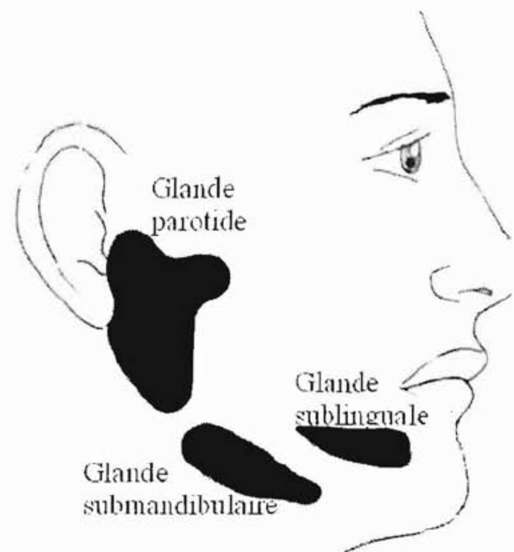
DEFINITIONS

- Pathologie liée à la présence de calculs dans les glandes salivaires et leurs canaux excrétoires.
- Concerne essentiellement la glande sous-mandibulaire et sons canal excréteur (canal de Wharton).
- Glande parotide rarement touchée.

PHYSIOPATHOLOGIE

- Mal connue.
- Formation de calcul de nature calcique.
- Rôle possible de bactéries de la cavité buccale, de la stase salivaire, de l'inflammation de la glande.

Anatomie des glandes salivaires



DIAGNOSTIC
(glande sous-mandibulaire)

Accidents mécaniques = colique salivaire sous-mandibulaire

- Liés à la mise en tension des organes salivaires à cause de la présence de calculs.
- Interrogatoire : manifestations rythmées par les repas.
- **Tuméfaction transitoire de la loge sous-mandibulaire apparaissant lors des repas et disparaissant en quelques minutes dans une débâcle salivaire.**
- **Non douloureux : hernie salivaire.**
- **Douloureux : colique salivaire.**

- A l'examen, palpation des calculs retrouvés parfois en bouche sur le trajet du canal ou au niveau de la glande.
- Aspect de l'ostium du canal de Wharton (clair ou érythémateux).

Accidents inflammatoires :

- Rarement révélateurs de la maladie.
- Ecoulement purulent au niveau de l'ostium du canal de Wharton en présence de fièvre.

- ***Abcès du plancher buccal :***
  - Dysphagie, trismus.
  - Tuméfaction douloureuse du plancher buccal séparée de la mandibule par un sillon (différent de cellulite d'origine dentaire).
  - Infiltration d'abord limitée à l'ostium (whartonite) puis extension au plancher (péri-whartonite).
  - Signes infectieux associés.

- ***Inflammation de la glande : submandibulite aiguë :***
  - Tuméfaction de la loge sous-mandibulaire douloureuse à la palpation.
  - Présence de signes infectieux associés.

LITHIASE PAROTIDIENNE

- Pathologie 10 fois plus **rare.**
- Souvent asymptomatique.
- Révélée parfois par des complications inflammatoires.

- Tableau de parotidite avec sténontite :
  - Tuméfaction douloureuse de la loge parotidienne d'importance variable.
  - Fièvre.
  - Ecoulement purulent au Sténon.

- Intérêt diagnostique et thérapeutique de la sialographie.

- Traitement médical / Peu d'indication chirurgicale (parotidectomie exofaciale possible en cas de calcul glandulaire).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Bilan radiographique :

- Panoramique dentaire.
- Clichés mordus dits occlusaux antérieur et postérieur.
- Parfois clichés de profil strict (calcul intra-glandulaire).

Sialographie :

- Non systématique.
- Recherche de calculs radio-transparents ?
- Valeur fonctionnelle de la glande.
- Doute diagnostique.

Echographie :

- Examen simple non invasif.
- Permet également de repérer d'autres calculs.
- Appréciation du parenchyme glandulaire.

Tomodensitométrie :

- Précision de l'état du parenchyme et des canaux excrétoires.
- Rapports anatomiques.



TRAITEMENT

Traitement médical :

- Antalgiques et antispasmodiques.
- Bains de bouche antiseptiques et antibiothérapie active sur les germes buccaux.
- Sialogogues possibles mais à éviter en présence d'un calcul obstructif (Sulfarlem S25®, teinture de Jaborandi).

Traitement chirurgical :

- Systématique en cas de complications infectieuses.
- En cas d'épisodes mécaniques récidivants.
- Pratiqué à froid (1 mois après un épisode de suibmandibulite aiguë).
- Calcul des 2/3 antérieurs : tentative d'ablation de calcul par voie endo-buccale.
- Calcul postérieur, intra-glandulaire : submandibulectomie par voie cervicale.



COMPLICATIONS DE LA SUBMANDIBULECTOMIE

- Hématome de la loge.
- Surinfection locale.
- **Lésions nerveuses :**
  - Lésion du rameau mentonnier du VII.
  - Lésion du XII.
  - Lésion du nerf lingual.
- Séquelles esthétiques.

Notes personnelles :

TUMEURS DES GLANDES SALIVAIRES

- **60 % des tumeurs concernent la glande parotide.**

- 70 % des tumeurs des glandes salivaires principales (parotide, submandibulaire, sublinguale) sont bénignes.
- 70 % des tumeurs des glandes salivaires accessoires (labiales, buccales) sont malignes.

- ***Adénome pléomorphe* = 50 % des tumeurs des glandes salivaires et plus de 60 % des tumeurs de la glande parotide.**

ANATOMOPATHOLOGIE

Tumeurs bénignes :
- Adénome (cystadénolymphome).
- Adénome pléomorphe.
- Angiome, lipome.

Tumeurs malignes :
- Carcinome adénoïde kystique (cylindrome).
- Adénocarcinome.
- Carcinome indifférencié.
- Sarcome.
- Lymphome malin non-hodgkinien.

EXAMEN CLINIQUE

- Tuméfaction parotidienne unilatérale = mode de révélation principal.

- **Recherche de signes suspects de malignité :**
  - Douleur.
  - Paralysie faciale périphérique.
  - Adénopathie cervicale.
  - Réaction cutanée en regard.
  - AEG.

Adénome pléomorphe :

- Femme d'âge moyen surtout.
- Tumeur dure, irrégulière.
- Indolore.
- Croissance lente.
- Absence de signes suspects (PFP, adénopathie).
- Sténon non inflammatoire, écoulement clair.

- Risque de récidive sur reliquat et de dégénérescence maligne en théorie (d'où traitement par parotidectomie totale – cf. infra).

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **Ils ne dispensent en aucun cas de l'exploration chirurgicale.**

Echographie :

- Confirme siège parotidien.
- Simple et non invasive.
- Elimine une lésion liquidienne (kyste).

Tomodensitométrie / IRM :

- Etendue, limites.
- Rapports anatomiques (VII).

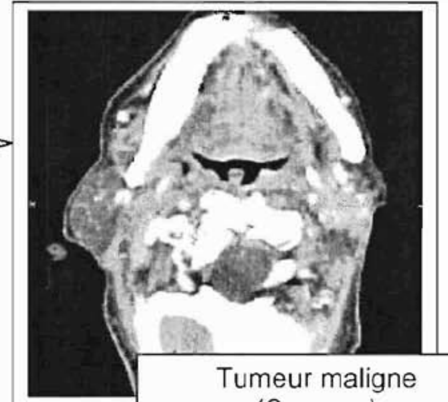
Cytoponction à l'aiguille fine :

- Invasive, risque de lésion nerveuse.
- Aléatoire, peu sensible.
- N'a de valeur que positive.
- Peut être guidée par échographie.

- En cas de doute sur une étiologie primitive :
  - Rx thorax et IDR à la tuberculine.
  - NFS.



Adénome pléiomorphe (IRM)



Tumeur maligne (Scanner)

TRAITEMENT

Exploration chirurgicale systématique :

- Patient informé du risque de parésie ou de paralysie faciale périphérique aux 2 territoires (occlusion palpébrale, commissure labiale).
- Abord prétragien, voie de lifting.
- Dissection soigneuse du VII.
- Parotidectomie superficielle (exo-faciale) et envoi de la pièce opératoire pour examen anatomopathologique extemporané :
  - *Si cystadénolymphome :* pas de totalisation de la parotidectomie.
  - *Si adénome pléiomorphe :* totalisation de la parotidectomie avec conservation du VII = Parotidectomie totale avec conservation du facial.
  - *Si tumeur maligne :* totalisation avec sacrifice du VII et curage ganglionnaire uni- ou bilatéral + traitement complémentaire (radiothérapie et chimiothérapie). Indication en fonction de la localisation tumorale.

COMPLICATIONS DE LA PAROTIDECTOMIE

- Abcès.
- Hématome.
- Parésie faciale, paralysie faciale, partielle ou complète.
- Complications esthétiques (vacuité de loge).
- Syndrome de Frey : rougeur et hypersudation prétragienne lors de l'alimentation (réinnervation aberrante).

MOTS CLES

Adénome pléiomorphe :

- Fréquence+++.
- Tumeur bénigne.
- Pas de paralysie faciale.
- IRM.
- Parotidectomie totale avec conservation du facial.
- Anatomopathologie.
- Risque de la chirurgie = paralysie faciale.

HYPOSIALIE ET SECHERESSE BUCCALE

DEFINITONS

Hyposialie :
- Diminution de la sécrétion de salive.
- En cas d'absence totale, on parle d'asialie.

Xérostomie :
- Sécheresse buccale persistante.
- Souvent liée à une hyposialie.

Test au sucre :
- Confirme la xérostomie si temps de fonte > 5 min.



DIAGNOSTIC

- Plainte du patient.
- Brûlures, dysphagie, halitose.
- **Aspect de la muqueuse :** érythémateuse, adhérences, fissures, ulcérations.
- **Conséquences de l'hyposialie :** dépôt de plaque dentaire, caries multiples et profuses, halitose, candidose.
- Test au sucre.

FACTEURS FAVORISANTS

Causes toxiques :
- Anticholinergiques (benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, anti-histaminiques, anti-émétiques, anti-vertigineux).
- Tabac, stupéfiants.

Radiothérapie cervico-faciale.

Pathologies systémiques :
- Syndrome de Gougerot-Sjögren, connectivites, sarcoïdose, amyloses.

Pathologies infectieuses :
- HIV, hépatite C.

Pathologies générales :
- HTA, diabète.

Pathologies neurologiques :
- Tumeurs cérébrales, maladie d'Alzheimer.

Pathologies muqueuses :
- Gingivo-stomatites.
- Dyskératoses buccales.
- Candidose.
- Toxidermies.

Situation physiologique : âges extrêmes, déshydratation, ménopause, troubles anxio-dépressifs.

TRAITEMENT

Traitement de la cause.

Traitement symptomatique :

- Hydratation avec boissons fréquentes.
- Traitement substitutif par pulvérisation de salive artificielle (Artisial®).
- Stimuler la sécrétion salivaire en mâchant du chewing-gum sans sucre.
- Traitement sialogogue (Sulfarlem S25®).

Prévention des complications :

- Hygiène buccale renforcée.
- Soins fluorés par brossage après chaque repas.
- Bains de bouche antiseptiques pluriquotidiens.
- Gel oral de chlorhexidine.
- Arrêt de l'alcool et du tabac.
- Arrêt des sucres, notamment entre les repas.

ALGIE BUCCALE

ETIOLOGIES

Causes dentaires et parodontales :
- Pulpites, desmodontites.
- Abcès d'origine dentaire et cellulites débutantes.
- Gingivopathies.

Lésions muqueuses :
- Stomatites.
- Ulcération, aphtose.

Dyskératoses buccales évolutives et cancer de la cavité buccale.

Douleurs iatrogènes :
- Complications de la radiothérapie (mucite, odontonécrose, ostéoradionécrose).
- Toxidermies (érythème polymorphe, syndrome de Stevens Johnson, syndrome de Lyell).

Pathologie des glandes salivaires :
- Complications mécaniques et inflammatoires des lithiases.
- Tumeurs malignes.

Pathologies de l'articulation temporo-mandibulaire :
- Trismus.
- Syndrome algo-dysfonctionnel (SADAM).
- Luxation de l'ATM.

Pathologie naso-sinusienne : sinusite maxillaire pouvant irradier à la gencive et aux dents.

Pathologies neurologiques : névralgie infra-orbitaire post-traumatique, névralgie du IX.

Glossodynies (causes essentielles).

EXAMEN CLINIQUE

Interrogatoire :

- Antécédents médico-chirurgicaux.
- Antécédents de FI dentaires.
- Prise médicamenteuse.
- Intoxication alcoolo-tabagique.
- Caractéristiques de la douleur (type, localisation, mode de déclenchement, retentissement).

Examen endo-buccal :

- Examen attentif de la denture (carie, test de vitalité).
- Inspection soigneuse des muqueuses et des espaces confinés (base de langue, vestibules, sillon amygdalo-glosse, trigones rétro-molaires).
- Caractéristiques de lésions muqueuses (aspect, nombre, caractère induré et tendance hémorragique à la palpation).
- Aspect des ostiums des glandes salivaires.

Examen exo-buccal :

- Adénopathie cervicale.
- Palpation de la mandibule.
- Palpation des loges parotidienne et submandibulaire.
- Etat général, fièvre, dénutrition.

ATTENTION !

- **Toute lésion endo-buccale douloureuse suspecte doit faire l'objet d'une biopsie pour examen antomopathologique afin d'éliminer un cancer.**

CANDIDOSE BUCCALE

- Infection opportuniste par *candida albicans*.

- ***Facteurs favorisants :***

  - Immunodépression (HIV, diabète, grossesse, chimiothérapie, lymphome, radiothérapie).
  - Facteurs locaux (pH buccal, port de prothèse, xérostomie, mauvaise hygiène buccale).
  - Médicaments : antibiothérapie, contraception.

- ***Diagnostic :***

  - Forme classique, le ***muguet buccal.***
  - Eruption érythémateuse diffuse (muqueuse buccale, langue).
  - Sensation de brûlure, douleur, sécheresse gênant la mastication.
  - Apparition d'éléments blanchâtres détachables au frottement.
  - Autres formes cliniques (glossite, perlèche commissurale, candidose chronique).

  - **Confirmé après prélèvement mycologique écouvillon par examen direct et mise en culture sur Sabouraud.**

- ***Traitement :***

  - **Hygiène locale :** arrêt alcool et tabac, bassins de bouche, remise en état bucco-dentaire, soins des prothèses.
  - **Traitement local** par antifongique en suspension (Fungizone®).
  - **Traitement systémique** (Triflucan®) pouvant être associé si récidive, échec, immunodépression.

- **Trismus** = limitation de l'ouverture buccale transitoire et douloureuse liée à la contracture des muscles élévateurs de la mandibule qui cède sous anesthésie générale.

Causes locales :

- Pathologies dentaires (+++).
- Traumatismes (fractures de la mandibule, fracture du malaire).
- SADAM.
- Infection (ex. : phlegmon péri-amygdalien).
- Cancers de la cavité buccale.

Causes générales :

- Tétanos.
- Pathologies neurologiques (AVC, abcès cérébral, coma, maladie de Parkinson).
- Causes toxiques (neuroleptiques).
- Hypoglycémie.
- Causes psychologiques.

Mécanisme :

- Mouvement forcé d'ouverture buccale (bâillement, rires, convulsion, intubation oro-trachéale, soins dentaires, traumatisme mandibulaire).
- Perte de congruence des surfaces articulaires ; le condyle mandibulaire quitte la glène et ne peut revenir en position initiale car il est bloqué derrière le condyle temporal : l'articulation est luxée et le patient ne peut plus fermer la bouche.

Diagnostic :

- Diagnostic évident en général.
- **Patient se présentant bouche ouverte, sans possibilité de la refermer.**
- Douleur au niveau des deux articulations.
- HYpersialorrhée car trouble de la déglutition fonctionnel.
- Condyles saillants à la palpation et dépression prétragienne (vacuité des glènes temporales).

Examen complémentaire :

- Intérêt du panoramique dentaire pour éliminer une fracture associée.
- Contrôle après réduction.

Traitement :

- Prémédication si nécessaire.
- Réduction par **manœuvre de Nelaton.**
- Puis contention de quelques jours par bandage en œuf de Pâques prenant le menton.
- Parfois (luxation vue tardivement, échec), réduction au bloc sous AG.

SADAM

= Syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur.

- Syndrome dont les manifestations fonctionnelles sont en rapport avec une souffrance de l'ATM.

Facteurs favorisants :
- Troubles de l'articulé dentaire (subluxation discale réductible).
- Dysmorphoses maxillo-mandibulaires.
- Antécédents traumatiques.
- Facteurs positionnels : torticolis, scoliose.
- Terrain psychologique particulier (anxiété).

Diagnostic :

- Trismus lâche essentiellement matinal.
- Douleurs, craquement, ressaut (ouverture en 2 temps) au niveau de l'ATM.
- Subluxation.
- Signes d'accompagnement : céphalées, cervicalgies, algies faciales, otalgie, vertige, acouphènes.

Examen complémentaire :
- Appréciation de l'articulé dentaire : panoramique dentaire, téléradiographie de profil.
- IRM si traitement chirurgical envisagé (forme sévère, rare).

Traitement :

- Traitement complexe et multifactoriel.
- Traitements dentaires et orthodontiques.
- Kinésithérapie.

- Traitement symptomatique médical : antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxant.
- Prise en charge psychologique.
- Traitement chirurgical dans de rares situations.

CAT DEVANT TRAUMATISE FACIAL

ELIMINER UNE URGENCE PRIORITAIRE !

POLYTRAUMATISE POTENTIEL:
L'URGENCE N'EST PAS MAXILLO-FACIALE !!!

DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE ?
Liberté des VAS, absence de dyspnée.

DEFAILLANCE CARDIO-CIRCULATOIRE ?
Pouls, TA, choc hémorragique, tamponnade.

TRAUMATISME CRANIEN / URGENCE NEURO-CHIRURGICALE ?
Examen neurologique de base ; motricité, sensibilité, paires crâniennes, orientation temporo-spatiale, signes d'hypertension intracrânienne, mydriase unilatérale (engagement).

LESION VISCERALE THORACO-ABDOMINALE ?
Epanchement pleural, volet costal, péritonéal, lésions pulmonaires, hématome hépatique, rupture de rate, hématome rétro-péritonéal.

URGENCE CHIRURGICALE ORTHOPEDIQUE ?
Traumatisme du rachis, fracture de membre ouverte.

LESION OPHTALMOLOGIQUE URGENTE ?
Eclatement du globe, plaie, rupture de l'iris, lésion du nerf optique.

EXAMEN CLINIQUE

- Mécanisme du traumatisme.
- Examen méthodique exhaustif centré sur les zones douloureuses : de bas en haut, de face puis de profil, exo-buccal puis endo-buccal.

EXAMEN CLINIQUE REGION MEDIANE DE LA FACE

Signes de fracture nasale.
- Inspection et palpation du nez.
- Recherche d'une déviation de cloison.
- Epistaxis dont la gravité doit être évaluée.

Signes de gravité :
- Hématome de cloison avec risque de nécrose du septum.
- Rhinorrhée cérébro-spinale (brèche ostéo-méningée).
- Obstruction nasale persistante, hyposmie.
- Télécanthus (écartement des 2 canthus internes supérieurs à 35 mm) évoquant une disjonction orbito-nasale.



EXAMEN CLINIQUE
REGION LATERALE DE LA FACE

Région orbito-palpébrale :
- Hématome, emphysème sous-palpébral (crépitation à la palpation, majoration lors du mouchage).
- Plaies et mutilations palpébrales.
- Lésions du globe sous-jacentes, évaluation de l'acuité visuelle.
- Oculomotricité extrinsèque : diplopie binoculaire douloureuse ou non.
- Hypoesthésie infra-orbitaire (V2).

Massif osseux :
- Pommette (malaire) : inspection (affaissement), palpation.
- Palpation de la margelle inférieure du cadre orbitaire.

Nerf facial et canal de Sténon :
- Recherche d'une paralysie faciale périphérique et d'une lésion du canal en cas de plaie située entre le tragus et la commissure labiale.

Région auriculaire :
- Otorragie, plaies et hématome du pavillon.



EXAMEN CLINIQUE
REGION MAXILLO-MANDIBULAIRE

Signes de fracture de la mandibule (cf.) :
- Trouble de l'articulé dentaire dans le sens sagittal et transversal (cf.).
- Limitation de l'ouverture buccale.
- Hypoesthésie labio-mentonnière (VII).
- Mobilité fragmentaire, déchirure de la fibro-muqueuse gingivale.

Signes de fractures-disjonctions faciales (cf.) :
- Mobilité anormale au niveau du maxillaire (arcade dentaire supérieure).

Lésions endo-buccales :
- Fractures et luxations dentaires.
- Lésions linguales.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Bilan des lésions associées (membres, abdomen).
- Sur le plan maxillo-facial :

Bilan radiographique :

Suspicion d'une fracture du malaire :
- Incidence de Blondeau, Hirtz latéralisé.

Suspicion d'une fracture du plancher de l'orbite :
- Incidence de Blondeau, cadre orbitaire de face.

Suspicion d'une fracture de la mandibule :
- Panoramique dentaire, incidence face-basse.

Recherche de fractures dentaires :
- Panoramique dentaire, clichés rétro-alvéolaires.

Recherche d'une fracture des os propres du nez :
- OPN profil et incidence de Gosserez mais clinique surtout.


Fracture des os propres du nez

Examen tomodensitométrique :

- **Examen de référence (+ + +).**
- Utile en cas de doute diagnostique (plancher).
- Essentiel pour évaluer les traumatismes complexes (reconstruction 3D).

TRAITEMENT

- **L'URGENCE N'EST PAS MAXILLO-FACIALE !!!**

- **Il faut avant tout traiter les lésions associées éventuelles :**
  - Transfert en cas de lésion vitale.
  - Correction d'une défaillance vitale (respiratoire, cardio-circulatoire).
  - Correction d'une spoliation sanguine.
  - Contrôle d'une hémorragie par embolisation (vaisseaux du bassin).
  - Transfert en milieu neurochirurgical si hématome extra-dural, hémorragie intracrânienne.
  - Traitement urgent d'une fracture instable du rachis devant être synthésée ou d'une fracture ouverte.

- **Détresse respiratoire aiguë – principale cause de mortalité du traumatisé facial (+ + + + +) :**
  - Vomissements répétés, inhalation de corps étrangers (dents, débris osseux), étouffement par glossoptose (fracture multifocale de la mandibule au niveau para-symphysaire).
  - Une traction du corps de la langue par fil tracteur peut être nécessaire.
  - Indications possibles de trachéotomie en urgence lors d'une obstruction en dessous du niveau oropharyngé.

- **Prise en charge spécialisée par l'ophtalmo des lésions du globe.**

- Epistaxis persistant : méchage antérieur sous couverture antibiotique.
- En cas de plaies simples de la face : suture simple sans tension. Les plaies complexes ou souillées et les atteintes du tronc du VII seront prises en charge au bloc opératoire.

- Soins oculaires, soins antiseptiques.
- Antibiothérapie pour certaines fractures exposées au risque d'infection ; équivalents de fractures ouvertes (portion dentée) ou communicant avec une cavité sinusienne (malaire, plancher de l'orbite).

- **Traitement chirurgical** le plus souvent différé des fractures du massif facial (cf.) en raison de lésions associées prioritaires et de l'œdème.

FRACTURES MANDIBULAIRES

RAPPELS ANATOMIQUES

- Mandibule = seul os mobile de la face.
  - **Portion dentée :** symphyse, branche horizontale (ou corps), angle.
  - **Portion non dentée non articulaire :** branche montante (ou ramus), région sous-condylienne haute, coroné.
  - **Portion non dentée articulaire (ou condylienne) :** région capitale, région sous-condylienne haute (ou cervicale).
- **Rapports anatomiques :**
  - Nerf alvéolaire inférieur ou dentaire inférieur (branche du V3) ; il pénètre dans la mandibule au niveau de l'épine de Styx et la traverse jusqu'au trou mentonnier.
  - Muscles masticateurs : temporal, ptérygoïdiens, masséter.
  - Denture qui est exposée lors de ces traumatismes.



ETIOLOGIES / MECANISMES

Traumatismes à haute cinétique :

- Agressions.
- Chute sur le menton.
- Accidents sportifs (roller, vélo, skate board).
- AVP.

- Mécanisme direct (impact sur la branche horizontale ou l'angle), ou indirect (ex. : fracture d'un condyle lors d'un impact au niveau de la branche horizontale controlatérale ou au niveau du menton).

Fractures sur os fragilisé :

- Sur lésion tumorale ou kyste développé aux dépends de l'os de la mandibule.
- Antécédent de radiothérapie (ostéoradionécrose, ostéite).
- Présence d'une dent de sagesse incluse qui fragilise l'angle.

Complications chirurgicales :

- Fractures mandibulaires compliquant les avulsions dentaires ou les ostéotomies mandibulaires en orthognatique.

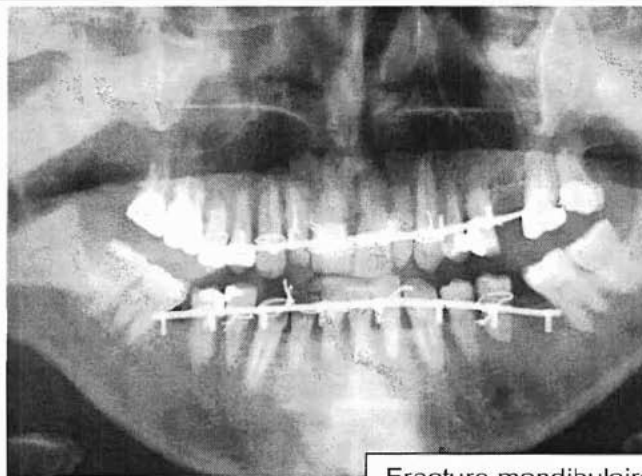
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Bilan radiographique :

- Orthopantomogramme (ou panoramique dentaire).
- Incidence face basse.
- Clichés occlusaux en cas d'impossibilité du panoramique dentaire.
- Clichés rétro-alvéolaires afin de rechercher les lésions dentaires.

Tomodensitométrie :

- Recherche de fractures capitales.
- Fractures multifocales, complexes, pathologiques.
- Intéressante en cas de doute diagnostique notamment chez l'enfant.



Fracture mandibulaire para-symphysaire ostéosynthétisée

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- **Terrain** : enfant et adulte jeune, sexe masculin.
- **Anamnèse.**
- ***Signes fonctionnels :***
  - Douleur de localisation variable selon la topographie de la fracture (prétragienne en cas de fracture condylienne).
  - **Limitation de l'ouverture buccale** le plus souvent en rapport avec un trismus.
- ***Examen physique :***
  - Examen exo-buccal : œdème, déviation de la pointe du menton, douleur à la palpation.
  - Examen endo-buccal : **trouble occlusal** variable en fonction de la topographie.
  - Fractures condyliennes : contact molaire prématuré homolatéral, déviation du côté de la fracture, béance du côté sain, point inter-incisif décalé du côté fracturé.
  - Lésions associées (plaie muqueuse, traumatismes dentaires).

ATTENTION !

- **Tout traumatisme du menton chez l'enfant est associé à une fracture de la région condylienne jusqu'à preuve du contraire.**

En effet, risques graves :

- Constriction permanente des mâchoires par ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Trouble de la croissance mandibulaire responsable de dysmorphose par rétro-mandibulie uni ou bilatérale selon l'atteinte.

TRAITEMENT

Rétablir un articulé dentaire correct.
Préserver la cinétique articulaire temporo-mandibulaire.

Traitement symptomatique :
- Bains de bouche antiseptiques.
- Antibiothérapie en cas de fracture de la portion dentée.
- Antalgiques.
- Corticothérapie péri-opératoire.

Selon la topographie :

Fractures de la portion dentée et de la portion non dentée non articulaire :
- **Traitement chirurgical (+ + +) par voie endo-buccale.**
- Réduction du foyer par blocage maxillo-mandibulaire si déplacement. Selon la fracture, il peut ensuite rester en place 4 semaines (ttt ortho associé).
- Ostéosynthèse par plaque(s).
- Conservation des dents au niveau du foyer de fracture si possible.
- Avulsion des dents infectées.

Fractures de la région condylienne :
- **Traitement orthopédique (+ + +).**
- Immobilisation la plus courte possible.
- Blocage maxillo-mandibulaire de courte durée (5 à 10 jours).
- Kinésithérapie.
- Très rarement, traitement chirurgical : fracture luxation, angulation supérieure à 30°, perte de hauteur et chevauchement important.

NB :

Mesures associées au blocage maxillo-mandibulaire :

- Hygiène bucco-dentaire renforcée : brossage et bains de bouches antiseptiques pluriquotidiens.
- Alimentation molle, mixée, semi-liquide.
- Port constant d'une pince coupante à utiliser en cas de vomissement ou de crise convulsive (« bi-bi »).
- Patient revu pour resserrer les fils de ligature.

COMPLICATIONS

Précoces

- Respiratoires : asphyxie par glossoptose (fracture para-symphysaire bilatérale) rarissime en fait.
- Nerveuses : hypoesthésie labio-mentonnière par atteinte du nerf dentaire inférieur (V3) (fracture angulaire, branche montante).
- Dentaires : fractures, luxations.
- Muqueuses : plaies linguales et gingivales.

Tardives

- Infectieuses : ostéite, cellulite.
- Articulaires : ankylose temporo-mandibulaire, SADAM, trouble de la croissance avec risque de micrognatie homolatérale en cas de diagnostic occulté de fracture condylienne chez l'enfant (+++).
- Troubles de l'articulé dentaire.
- Iatrogènes : amaigrissement, plaies buccales liées au BMM.
- Rarement pseudarthrose (fracture du coroné), cal vicieux.

FRACTURE DU PLANCHER DE L'ORBITE

RAPPELS ANATOMIQUES

- Plancher : paroi inférieure de la cavité orbitaire.
- 2 os principaux la compose : os maxillaire et os malaire.
- Zone de fragilité située au-dessus du sinus maxillaire, et creusée par le canal infra-orbitaire où passe le nerf infra-orbitaire qui innerve la pommette, la lèvre supérieure et le bloc incisivo-canin.

ETIOLOGIES / MECANISMES

- **Agression.**
- **Accidents sportifs (sports de balle : golf, tennis, squash) et de combat.**
- **Accident de la voie publique.**

Mécanisme indirect : choc sur le globe oculaire qui transmet l'onde de choc dans le plancher qui se fissure seul : mécanisme de « **blow out** » qui protège le globe oculaire.

- *NB : le terme blow out peut s'appliquer à d'autres parois dont la paroi médiale de l'orbite (fréquence).*

DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Sous diagnostiquée (+ + +).
- **Examen clinique souvent normal.**
- **Adulte jeune surtout.**
- Signes majeurs devant faire évoquer une fracture du plancher de l'orbite :
  - **Anamnèse.**
  - **Hématome péri-orbitaire évident.**
  - **Diplopie binoculaire,** liée à une incarcération de graisse ou de muscle (droit inférieur ou petit oblique dans le foyer de fracture).
  - **Enophtalmie** rarement vue à la phase précoce.
  - **HYpoesthésie infra-orbitaire.**
  - **Emphysème sous-palpébral** car effraction de paroi du sinus maxillaire ; il augmente lors du mouchage par le patient.
- Il faut rechercher des lésions associées au niveau ophtalmologique.

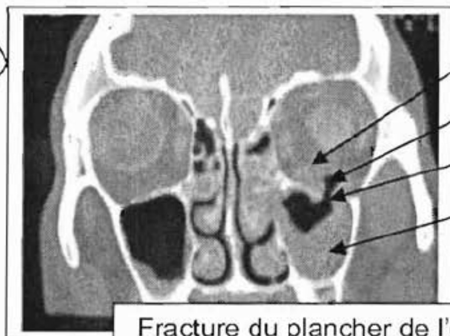
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Bilan d'imagerie :

- Radiographies cadre orbitaire de face, Blondeau ; <u>signes indirects :</u> hémosinus maxillaire homolatéral, image en goutte d'eau (issue de matériel orbitaire dans le foyer de fracture), rarement solution de continuité au trait de fracture.
- TDM au moindre doute : permet le diagnostic de certitude et précise l'éventuelle incarcération du muscle droit inférieur dans le foyer de fracture.

Test de Hess-Lancaster :

- Caractéristiques de la diplopie sur le plan oculomoteur.
- Intérêt médico-légal.



Fracture du plancher de l'orbite

FORMES CLINIQUES

Blow out pur :
- Choc sur le globe oculaire qui aboutit à une fracture du plancher isolée.

Blow out impur :
- Choc sur le rebord inférieur du cadre orbitaire qui se fissure (marche d'escalier palpable) avec un refend fracturaire dans le plancher.

Fracture du malaire :
- Choc sur la pommette qui s'affaisse ce qui crée plusieurs traits de fracture dont un au niveau du plancher.

Blow in fracture :
- Traumatisme rare et grave où le plancher se déplace vers le centre de l'orbite occasionnant des lésions graves du globe par éclatement (*burst*) et écrasement.

- **Soins symptomatiques :** oculaires, antibiotique, antalgiques.
- **Traitement chirurgical par voie palpébrale** inférieure (trans-conjonctivale, sous-ciliaire, sous-tarsale). En cas de :
  - Diplopie par incarcération musculaire.
  - Hypoesthésie infra-orbitaire.
  - Enophtalmie et autre retentissement esthétique.
  - Perte de substance importante (au TDM).

  - Désincarcération au niveau du foyer de fracture.
  - Réduction et réfection (lame PDS) au niveau du plancher.
  - A la fin de l'intervention, **test de duction forcée** en cas de diplopie par incarcération en pré-opératoire.

COMPLICATIONS

- Infection (sinus, orbite, œil).
- Diplopie séquellaire.
- Hypoesthésie ou au contraire névralgie sous-orbitaire.
- Fibrose du foyer de fracture.
- Enophtalmie séquellaire.
- Complications esthétiques.
- Entropion lié à la voie d'abord chirurgicale sous-ciliaire.
- Algie rétro-orbitaire persistante.

Notes personnelles :

FRACTURE DU MALAIRE

BASES ANATOMIQUES

- **Malaire : os du relief de la pommette.**

- Arcade zygomatique.
- Rapport au maxillaire (paroi antérieure du sinus).
- Plancher de l'orbite.
- Nerf sous-orbitaire.

- **Forme la plus fréquente =**
  - Fracture déplacée de l'os malaire avec fracture du plancher de l'orbite, fracture de la paroi antérieure du sinus maxillaire, trait de fracture au niveau fronto-malaire (= fracture orbito-maxillo-malaire).
  - Choc direct sur la pommette (coup de poing, chute).

- **Autres formes cliniques :**
  - Fracture simple et isolée du malaire (sans déplacement).
  - Fracture du plancher de l'orbite (par blow out).
  - Fracture isolée de l'arcade zygomatique.



DIAGNOSTIC CLINIQUE

- Anamnèse.
- **Pommette douloureuse, affaissée, avec ecchymose ou hématome à ce niveau.**

- Signes associés :
  - En rapport avec la fracture du plancher : diplopie binoculaire, emphysème orbitaire, enophtalmie, hypoesthésie infra-orbitaire.
  - En rapport avec la fracture du sinus maxillaire : épistaxis dû à un **hémosinus maxillaire** homolatéral.
  - Dystopie canthale externe si déplacement important.
  - **Limitation de l'ouverture buccale :** trismus par hématome ou embrochage du muscle temporal sur l'arcade zygomatique ou conflit mécanique coroné-malaire.
  - Rarement trouble occlusal en cas de fragment maxillaire associé impacté.

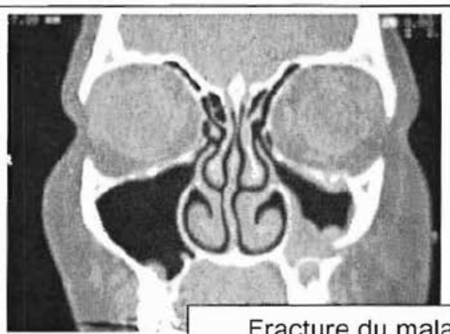
Bilan d'imagerie :

- Radiographies cadre orbitaire de face, Blondeau et incidence de Hirtz latéralisée pour l'arcade et le déplacement antéro-postérieur.
- Signes indirects : hémosinus maxillaire homolatéral, image en goutte d'eau (issue de matériel orbitaire dans le foyer de fracture).
- Traits de fracture directement visibles : rupture du cintre maxillo-malaire, fronto-malaire, rarement solution de continuité au trait de fracture du plancher, trait sur l'arcade zygomatique.

- TDM au moindre doute : diagnostic de certitude, fragments et déplacements et précise une incarcération en cas de diplopie.

Test de Hess-Lancaster :

- Caractéristiques de la diplopie sur le plan oculomoteur.
- Intérêt médico-légal.



Fracture du malaire

TRAITEMENT

Soins symptomatiques : oculaires, antibiotique, antalgiques.

Traitement chirurgical :

- Réduction au crochet de Ginestet.
- Si instabilité, abord sous-palpébral, abord endo-buccal pour contention par ostéosynthèse.
- Puis contrôle de la stabilité et de la liberté d'ouverture buccale.
- Réduction et réfection (lame PDS) au niveau du plancher.
- A la fin de l'intervention, **test de duction forcée** en cas de diplopie par incarcération en pré-opératoire.

FRACTURES COMPLEXES DU MASSIF FACIAL

GENERALITES

Traumatisme à haute énergie (cinétique élevée).

- Chute de grande hauteur.
- Accidents de voiture, de moto.
- Accidents sportifs (parachutismes, saut à l'élastique, escalade).
- Traumatismes balistiques.

Association fréquente de :

- Lésions neurochirurgicales.
- Traumatisme du rachis cervical.
- Lésions viscérales et orthopédiques.

Lésions non systématisées.

Patients réanimatoires.

Traitements chirurgicaux complexes.

Séquelles fonctionnelles, algiques, esthétiques et psychologiques.

FRACTURES DISJONCTIONS CRANIO-FACIALES

= ***Fractures de Lefort :***

- Traits de fracture horizontaux au niveau du massif facial :

- **Ecchymose en lunette** (Lefort II et III).
- **Trouble occlusal fréquent.**
- Lésions ophtalmologiques potentiellement graves.
- Dystopies canthales.
- Obstruction nasale, enfoncement nasal.
- **Rhinorrhée cérébro-spinale** et anosmie (Lefort II et III) en rapport avec une brèche ostéo-méningée de la partie antérieure de la base du crâne avec risque de méningite.
- Lésions lacrymales (cathétérisme préventif de la sténose).

- ***Lefort I :*** arcade dentaire supérieure mobile indépendamment du reste du massif facial.

- ***Lefort II :*** arcade dentaire supérieure et pyramide nasale mobiles indépendamment du reste du massif facial.

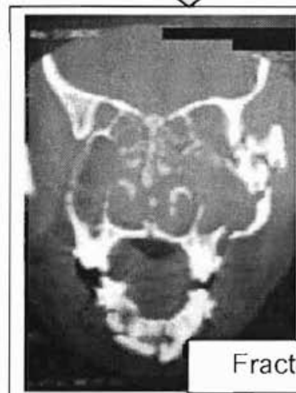
- ***Lerfort III :*** mobilité du massif facial (arcade dentaire + pyramide nasale + malaires) indépendamment du crâne, le trait de fracture passe par les orbites.

FRACTURES DU COMPLEXE NASO-ETHMOIDAL

- Disjonction du complexe naso-ethmoïdo-maxillo-fronto-orbitaire (CNEMFO).
- Traumatisme maxillo-facial médian.

- Fracture du nez à fragments multiples, risque d'hématome de cloison, obstruction nasale.
- **Télécanthus** (écartement des canthus internes supérieur à 35 mm).
- **Rhinorrhée cérébro-spinale** et pneumatocèle (cf. TDM) à rechercher en rapport avec une brèche ostéo-méningée de la partie antérieure de la base du crâne avec risque de méningite.
- Lésions orbitaires associées.

- Traitement chirurgical à 2 équipes (maxillo-faciale et neurochirurgicale) avec canthopexie.



Fracture du CNEMFO

FRACTURE DU ROCHER

DIAGNOSITC CLINIQUE

- **Contexte de traumatisme crânien (perte de connaissance initiale fréquente).**
- Association de lésions neurochirurgicales et du rachis cervical.

- **Vertige** avec nystagmus.
- **Otoliquorrhée** en cas de déchirure dure-mérienne.
- **Hypoacousie** de transmission (luxations et fractures ossiculaires).
- Surdité de perception.
- **Paralysie faciale périphérique** immédiate (lésion traumatique du nerf) ou secondaire (œdème).
- Atteinte possible d'autres nerfs crâniens (V, VI).
- Souffrance de l'oreille moyenne : otorragie, perforation tympanique.

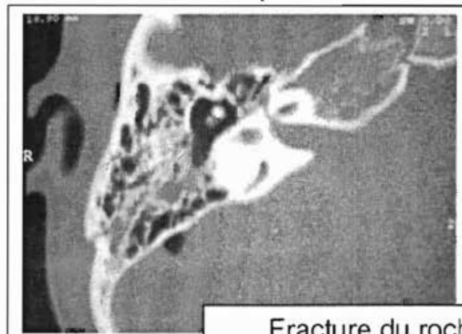
- **Diagnostic par tomodensitométrie.**



FORMES CLINIQUES

- ***Fractures longitudinales (70 %) :***
  - Trait de fracture extra-labyrinthique.
  - Choc temporal ou pariétal.
  - Paralysie faciale d'apparition secondaire.
- ***Fractures transversales (20 %) :***
  - Trait de fracture trans-labyrinthique.
  - Choc frontal ou occipital.
  - Lésions de l'oreille interne.
  - Fréquence de l'otoliquorrhée.
  - Paralysie faciale précoce voire immédiate.
- ***Fractures mixtes.***





Fracture du rocher

TRAUMATISMES DENTAIRES

DEFINITIONS / DIAGNOSTIC

Contusion dentaire :
- Choc sur la dent.
- Absence de fracture ou de luxation.
- Mais douleur spontanée et provoquée avec sidération possible de la pulpe (tests de vitalité négatifs).

Luxation dentaire :
- Déplacement de la dent dans son alvéole.
- Partielle (subluxation), dent déplacée et mobile.
- Complète (luxation), dent carrément avulsée.

Fracture dentaire :
- Fracture des tissus composant la dent.
- Si complète, perte de substance dentaire.
- Si incomplète (aspect de fissure) mieux vue à la transillumination.
- Fracture coronale (couronne).
- Fracture radiculaire (racine).

Fracture des procès alvéolaires (bloc incisivo-canin) :
- Trait de fracture transversale de l'os alvéolaire.
- Déplacement par enfoncement postérieur de l'os et des dents.



Fracture dentaire

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Examens radiographiques :
- Radiographie panoramique dentaire ; débrouillage états des maxillaires.
- Clichés rétro-alvéolaires.

TRAITEMENT

Traitement de la luxation :

- **Urgence thérapeutique.**
- Si dent définitive retrouvée, l'acheminer en milieu médical dans un milieu alcalin (lait, salive) ou sérum physiologique.
- Réimplantation en urgence sous anesthésie si luxation complète.
- Contention par ligature et pose d'arc mono-maxillaire.
- Procès alvéolaire : réduction sous anesthésie locale et contention par arc dentaire.
- Antalgique / Antibiothérapie / Bains de bouche antiseptiques.
- Pas de réimplantation des dents lactéales mais attention au risque d'inhalation si déplacement partiel (discuter extraction).

Traitement des fractures :

- Traitement médical symptomatique.
- Réparation prothétique par le dentiste.

OTITE MOYENNE AIGUE

Nom et prénom du médecin, **date**
Fonction **lieu**
N° de siret,
Nom, prénom et poids du patient

1. Antibiothérapie : pendant 8 à 10 j
   Augmentin® : 50 mg/kg/j en 3 prises chez l'enfant > 30 mois et 80 mg/kg/j chez l'enfant < 30 mois
   OU : érythromycine + sulfafurazole : Pédiazole® :
   1 graduation/kg 3 fois par jour

2. Traitement antipyrétique :
   Paracétamol 60 mg/kg/j en 3 à 4 prises

3. Désinfection rhinopharyngée : instillation fréquente de sérum physiologique dans chaque fosse nasale puis mouchage

Signature,
Cachet,

Contre-indications médicamenteuses

Médicaments	Contre-indications
Augmentin®	• Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines (pénicillines, céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques de la famille des céphalosporines. • Allergie à l'un des constituants du médicament. • Mononucléose infectieuse (risque accru de phénomènes cutanés). • Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-acide clavulanique.
Pédiazole®	• Hypersensibilité à l'érythromycine ou aux sulfamides. • Cisapride, alcaloïdes de l'ergot de seigle vasoconstricteurs (dihydroergotamine, ergotamine), mizolastine, pimozide, bépridil : cf. Interactions. • Pendant l'allaitement, si le nouveau-né a moins d'un mois. • Déficit en G6PD, y compris chez l'enfant allaité : risque de déclenchement d'hémolyse.

Education :

1. Mesures antipyrétiques :
   Bien hydrater l'enfant
   Déshabiller l'enfant : simple body de coton
   Ne pas couvrir
   Chambre à 20°C

2. Toujours revoir à 48 h pour apprécier l'efficacité de l'antibiothérapie :
   T° et signes locaux

3. Réaliser une paracentèse si < 3 mois, hyperthermie ou hyperalgie malgré le traitement, échec du traitement, complication (mastoïdite, méningite, paralysie faciale, labyrinthite)

4. Lutter contre les facteurs de risque de récidives :
   - Tabagisme passif
   - RGO
   - Déficit en IgA
   - Mucoviscidose
   - Carence martiale
   - Atopie
   - Otite séreuse
   - Végétations

Nom et prénom du médecin, **date**
Fonction **lieu**
N° de siret,

Nom, prénom et poids du patient

a. Rhino-pharyngites aiguës :

5. Paracétamol : 60 mg/kg/j en 3 à 4 prises
6. Désinfection rhinopharyngée au sérum physiologique : 4 à 6 lavages par jour
7. Mouchage actif et passif
8. Traitement vasoconstricteur local : maximum 5 j de traitement : Déturgylone® : 1 pulvérisation dans chaque narine x 2 à 3 par jour chez l'adulte

2. Sinusite maxillaire aiguë :

9. Augmentin® : 50 mg/kg/j en 3 prises ou 2 g/j chez l'adulte en 2 prises pendant 10 j
10. Si allergie : pristinamycine : Pyostacine® : 50 mg/kg/j en 2 prises ou 2 g/j en 2 prises chez l'adulte
11. Paracétamol : 60 mg/kg/j en 3 à 4 prises
12. Désinfection rhinopharyngée au sérum physiologique : 4 à 6 lavages par jour
13. Traitement vasoconstricteur local : maximum 5 j de traitement : Déturgylone® : 1 pulvérisation dans chaque narine x 2 à 3 par jour chez l'adulte
14. Corticothérapie générale : Cortancyl® : 1 mg/kg/j de 5 jours maximum si hyperalgique

Signature,
Cachet,

Contre-indications médicamenteuses

Médicaments	Contre-indications
Déturgylone®	• Hypersensibilité à l'un des constituants du produit. • Enfant de moins de 15 ans. • Antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles de favoriser la survenue d'accident vasculaire cérébral, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du vasoconstricteur. • Hypertension artérielle sévère ou mal équilibrée par le traitement. • Insuffisance coronarienne sévère. • Risque de glaucome par fermeture de l'angle. • Risque de rétention urinaire liée à des troubles urétroprostatiques. • Antécédents de convulsions. • Trouble de l'hémostase, notamment épistaxis. • Infection oro-bucco-nasale et ophtalmique par Herpes simplex virus. • Sympathomimétiques à action indirecte : vasoconstricteurs destinés à décongestionner le nez, qu'ils soient administrés par voie orale ou nasale (phénylpropanolamine, phényléphrine, pseudoéphédrine, éphédrine…) et méthylphénidate.

Education :

1. Mesures antipyrétiques :
   Bien hydrater l'enfant
   Déshabiller l'enfant : simple body de coton
   Ne pas couvrir
   Chambre à 20°C

2. Toujours revoir à 48 h pour apprécier l'efficacité de l'antibiothérapie :
   T° et signes locaux

3. Lutter contre les facteurs de risque de récidives :
   - Tabagisme passif
   - RGO
   - Déficit en IgA
   - Mucoviscidose
   - Carence martiale
   - Atopie
   - Eviction de la crèche

Nom et prénom du médecin, **date**
Fonction **lieu**
N° de siret,

Nom, prénom et poids du patient

1. Angine à streptocoques bêta-hémolytique du groupe A
   - Oracilline® 2 à 4 MUI/j chez l'adulte ou 50 à 100 000 UI/kg/j chez l'enfant pendant 10 j
   - OU azithromycine Zithromax® 250 : 2 cpt/j chez l'adulte ou 20 mg/kg/j chez l'enfant en 1 prise pendant 3 jours
   - OU spiramycine : Rovamycine® 1.5 à 3 MUI/cpt : 2 cpt/j chez l'adulte ou 150 à 300 000 UI/kg/j chez l'enfant pendant 10 j

2. Traitement symptomatique :
   paracétamol : 60 mg/kg/j chez l'enfant ou 3 g/j chez l'adulte en 3 prises

3. La diphtérie :
   - Hospitalisation en USI + repos au lit
   - Injection de sérum antidiphtérique et vaccination par l'anatoxine antidiphtérique
   - Clamoxyl® : 50 mg/kg/j pendant 7 j ou érythromycine : 40 mg/kg/j pendant 7 jours

4. Phlegmon péri-amygdalien :
   - Hospitalisation 2 jours avec alimentation semi-liquide si trismus ou dysphagie
   - Ponction de l'amygdale avec examen bactério direct et mise en culture puis incision et drainage sous AL
   - Bains de bouche antiseptiques pluriquotidiens : Hextril®
   - Augmentin® : 3 g/j pendant 15 jours
   - Ou si allergie : érythromycine : 40 mg/kg/j + Flagyl® : 1.5 g/j en 3 prises
   - Perfalgan® IV : 500 mg x 4/j chez l'enfant ou 1 g x 4 chez l'adulte

Signature,
Cachet,

Contre-indications médicamenteuses

Médicaments	Contre-indications
Oracilline®	• Allergie aux antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) : tenir compte du risque d'allergie croisée avec les antibiotiques du groupe des céphalosporines.
Azythromycine	• Antécédents de réaction allergique à l'azithromycine ou à tout autre macrolide. • Alcaloïdes de l'ergot de seigle (dihydroergotamine, ergotamine), cisapride.
Rovamycine®	• Allergie à la spiramycine. • Comprimés : femme qui allaite.

Education :

AMYGDALECTOMIE SI :

- Complication loco-régionale : phlegmon (à 2 mois)
- Angines à répétition > 4 par an
- Amygdalite chronique
- Syndromes post-streptococciques
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Suspicion de néoplasie : induration, ulcération chronique